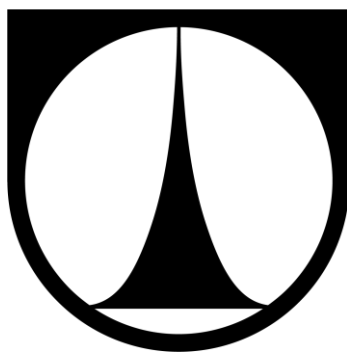


TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ekonomická fakulta



DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Tomáš Dziadura

Technická univerzita v Liberci
Ekonomická fakulta

Studijní program: **N 6202 – Hospodářská politika a správa**
Studijní obor: **Pojišťovnictví**

**Komparace systémů zdravotní péče vybraných zemí zejména z pohledu
solidarity a ekvivalence**

**Comparison of Health Care Systems Selected Countries mainly from the
Perspective of Solidarity and Equivalence**

DP – EF – KPO – 2013 – 03
Bc. Tomáš Dziadura

Vedoucí práce: Ing. Žaneta Boučková, Ph.D.; katedra pojišťovnictví
Konzultant: Miroslava Matoušková, Všeobecná zdravotní pojišťovna

Počet stran: 92 Počet příloh: 0

Datum odevzdání: 10. 5. 2013

Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

V Liberci dne 10. 5. 2013

Tomáš Dziadura

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval Ing. Žanetě Boučkové, Ph.D. za cenné rady a odborné připomínky k této práci. Dále pak katedře pojišťovnictví Ekonomické fakulty Technické univerzity v Liberci za získané vzdělání a příjemné prožití společných let, svým spolužačkám za vytvoření neopakovatelného studijního prostředí a v neposlední řadě také celé své rodině za podporu a dodávání elánu při studiu.

Anotace

Práce se zabývá komparací systémů zdravotní péče v České republice a v Anglii se zvláštním zřetelem na principy solidarity a ekvivalence ve zdravotnictví. Solidarita a ekvivalence jsou dlouhodobými tématy všech sociálních systémů vyspělých zemí. Na první pohled se může zdát, že tyto principy působí proti sobě, ve skutečnosti jsou však spojovány velmi úzkými vazbami a vzájemně se doplňují. Současné nastavení systémů se jeví jako neudržitelné a vznikají tlaky na změnu financování zdravotní péče, s tím souvisí změny v proporcích těchto principů. Tyto transformace jsou celosvětovým fenoménem a týkají se rovněž České republiky a Anglie, kde byla započata celá řada reformních kroků. Míru solidarity a ekvivalence vyjádříme, na základě analýzy a srovnání dostupných dat, ve způsobu a struktuře financování zdravotní péče, v objemu spoluúčasti pacientů, daňové a pojistné zátěži a rovněž v přístupu pacientů ke zdravotní péči.

Klíčová slova

Ekvivalence, národní pojištění, nadstandardní péče, Národní zdravotní služba, primární péče, regulační poplatky, solidarita, spoluúčast pacientů, veřejné zdravotní pojištění, zdravotní péče, zdravotní pojištění

Annotation

This thesis will deal with comparison of healthcare systems in Czech Republic and England with particular reference to the principles of solidarity and equivalence in healthcare. Solidarity and equivalence are long-term issues in all social systems in advanced countries. At first glance it may appear that these principles act against one other, in fact there are a number of very close ties between them. Current setting of the systems seems to be unsustainable and there are the pressures for change in the financing of healthcare, with related changes in the proportion of these principles. These transformations are a global phenomenon and they are also covered of systems in Czech Republic and England, where began series of reform steps. The rate of solidarity and equivalence we express based on the analysis and comparison of the available data in the way and structure of financing of healthcare, in the amount of patient participation, burden of tax and insurance and also in access to the healthcare.

Key Words

Equivalence, Extra Care, Health Care, Health Insurance, National Health Service, National Insurance, Patient Participation, Primary Care, Public Health Insurance, Regulatory Fees, Solidarity

Obsah

| | |
|------------------------------------------------------|-----------|
| Seznam zkratek..... | 11 |
| Seznam tabulek..... | 12 |
| Seznam obrázků..... | 13 |
| 1. Úvod..... | 14 |
| 2. Solidarita a ekvivalence | 16 |
| 2.1 Solidarita..... | 16 |
| 2.2 Ekvivalence..... | 20 |
| 3. Systémy zdravotní péče..... | 23 |
| 3.1 Historický vývoj | 23 |
| 3.2 Klasifikace systémů | 24 |
| 3.2.1 Modely statutárního zdravotní pojištění..... | 25 |
| 3.2.2 Modely privátního zdravotního pojištění | 27 |
| 4. Zdravotní péče v České republice | 29 |
| 4.1 Historický vývoj | 29 |
| 4.2 Rozsah zdravotního pojištění..... | 31 |
| 4.3 Plátcí zdravotního pojištění | 32 |
| 4.4 Pojistné zdravotního pojištění..... | 35 |
| 4.5 Práva a povinnosti pojištěného | 36 |
| 4.6 Poskytování a úhrada zdravotní péče..... | 39 |
| 4.7 Regulační poplatky | 44 |
| 5. Zdravotní péče v Anglii..... | 47 |
| 5.1 Historický vývoj | 47 |
| 5.2 Struktura NHS..... | 52 |
| 5.3 Financování systému..... | 55 |
| 5.4 Poskytovatelé zdravotní péče..... | 59 |
| 5.5 Práva a povinnosti pacientů | 61 |
| 5.6 Poplatky za zdravotnické služby..... | 66 |
| 6. Solidarita a ekvivalence v systémech | 71 |
| 6.1 Solidarita..... | 72 |
| 6.1.1 Financování | 72 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.1.2 Stanovení minimálního a maximálního vyměřovacího základu | 78 |
| 6.1.3 Spoluúčast pacientů | 80 |
| 6.1.4 Nadstandardní péče | 82 |
| 6.1.5 Čekací lhůty | 83 |
| 6.2 Ekvivalence | 88 |
| 7. Závěr | 93 |
| Seznam použité literatury | 96 |

Seznam zkratek

| | |
|------|-------------------------------------------------|
| ČSSD | Česká strana sociálně demokratická |
| EHP | Evropský hospodářský prostor |
| ES | Evropské společenství |
| EU | Evropská unie |
| HDP | Hrubý domácí produkt |
| JCVI | Výbor pro očkování a imunizaci |
| NHS | Národní zdravotní služba |
| NICE | Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu |
| OBZP | Osoby bez zdanitelných příjmů |
| OECD | Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj |
| OSVČ | Osoba samostatně výdělečně činná |
| PL | Praktický lékař |
| TUL | Technická univerzita v Liberci |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |

Seznam tabulek

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabulka 1: Charakteristiky modelů zdravotního pojištění | 28 |
| Tabulka 2: Sazby daně z příjmu | 55 |
| Tabulka 3: Nezdánitelné minimum daně z příjmu fyzických osob | 56 |
| Tabulka 4: Výše Národního pojištění OSVČ | 57 |
| Tabulka 5: Celkový přehled pojištěnců, ekonomicky aktivních a neaktivních osob a výdajů zdravotních pojišťoven za rok 2011 v České republice | 73 |
| Tabulka 6: Přehled obyvatel za rok 2011 v Anglii | 76 |
| Tabulka 7: Soukromé financování zdravotní péče a spoluúčast ve vybraných zemích | 81 |
| Tabulka 8: Ceny odlehčené fixace předloktí v Libereckém kraji | 83 |
| Tabulka 9: Plánované hrazené služby se lhůtou časové dostupnosti | 84 |
| Tabulka 10: Čekací lhůty na provedení totální endoprotézy kolene vybraných zdravotnických zařízení v ČR | 85 |
| Tabulka 11: Čekací lhůty na provedení totální endoprotézy kolene vybraných zdravotnických zařízení v Anglii | 86 |

Seznam obrázků

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Obrázek 1: Vývoj ekvivalence a solidarity v sociálním a soukromém pojištění..... | 21 |
| Obrázek 2: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v %) | 35 |
| Obrázek 3: Struktura zdravotnického systému NHS | 54 |
| Obrázek 4: Financování zdravotní péče jako % HDP | 58 |
| Obrázek 5: Rozdělení počtu pojištěnců v ČR..... | 74 |
| Obrázek 6: Rozdělení dle příjmů z pojištěnců v ČR | 75 |
| Obrázek 7: Složení obyvatelstva Anglie podle ekonomické aktivity..... | 77 |

1. Úvod

Zdravotní péče je, nebo by alespoň měla být, součástí sociální politiky států. Zdravotnictví jako takové s sebou nese celou řadu specifík, především jeho charakter nemateriálních smíšených statků způsobuje, že tržní mechanismus jako nástroj alokace je nahrazován nástroji netržními nebo je značně omezován a doplňován veřejnými programy, tak, aby se zdravotní péče stala dostupnou pro co nejširší vrstvy obyvatel. V současné době díky medicínskému poznání, globalizaci, ekonomickému vývoji a neefektivnímu fungování některých zdravotnických systémů dochází ke změnám a transformaci těchto politik. Klíčovými otázkami jsou stárnutí populace, neustále se zvyšující náklady na zdravotní péči, neefektivní využívání zdrojů a nadužívání zdravotní péče všemi zúčastněnými stranami. Role států v přístupu ke zdravotní péči byla, je a bude různá, změny politických, ekonomických a sociálních podmínek jsou však natolik významné, že vedou k přehodnocování sociální solidarity, jež je v systémech hluboce zakořeněna, a v souvislosti s příjmovou a majetkovou odlišností vedou k nutnému vyvstání otázky ekvivalence, zejména u příjmově silnějších obyvatel, kteří žádají poskytování kvalitnější péče.¹ Hledání optimálního rozložení těchto principů se stalo určitou premisou současných systémů a věcí politických názorů. Nastávají problémy se stanovením výše solidarity a se stanovením standardu, do systémů je zaváděna spoluúčast pacientů a snahy působit na efektivnost systémů se zatím mají účinků.

Problematikou solidarity a ekvivalence zejména v sociální oblasti a jejich zastoupením v sociálních systémech se zabývá celá řada autorů. K nejvýznamnějším zdrojům pro sepsání této práce patří především práce pana Krebse, jež se spolu s kolektivem autorů zabývá těmito principy napříč celým spektrem sociálních systémů, jejichž součástí je rovněž zdravotní politika. K významným zdrojům patří rovněž publikace Úvod do teorie zdravotní politiky J. Durdisové a J. Langhamerové a diplomová práce J. Streitové. O systému zdravotní péče nejen v České republice pak pojednávají především publikace pana Němce, Principy zdravotního pojištění, a tituly Lékař a právo, Zdravotnictví a právo a

¹ KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

Medicína a právo pana Macha. Ze zahraničních autorů jmenujme A. Camuse, R. Busse či L. Bourgeoise, v neposlední řadě také databázi ProQuest.

Cílem této práce je srovnání systémů zdravotní péče v České republice a v Anglii se zvláštním zřetelem na zmíněné principy solidarity a ekvivalence, zejména pak popsat, analyzovat a porovnat způsoby, kterými je princip solidarity a ekvivalence v těchto zdravotnických systémech určován a pomocí jakých nástrojů jsou tyto principy v systémech prosazovány. Práce je sepsána na základě rešerše odborné literatury a dostupných zdrojů z internetu. Praktická část je pak založena na komparativní analýze dostupných dat a jejich vzájemné syntéze.

Pro pochopení problematiky je nezbytné porozumět samotným pojmům solidarita a ekvivalence. Jejich výkladu, historickému vývoji a významu ve zdravotnictví v současnosti se věnuje první kapitola této práce.

Ucelený přehled o systémech zdravotní péče je obsahem druhé kapitoly, jež představuje zdravotnické systémy běžné v současné době nejen v zemích starého kontinentu, spolu s jejich historickým vývojem a možnou klasifikací.

Předmětem následujících kapitol jsou již konkrétní koncepce zdravotních politik České republiky a Anglie. Zkoumá, jak tyto vybrané země definují ve svých konceptech úroveň solidarity a ekvivalence, zejména z pohledu financování zdravotnictví, přístupu pacientů ke zdravotní péči a jejímu rozsahu. Všímá si rovněž aktuálních témat, která ve svých důsledcích mění dosavadní strukturu a rozložení solidarity a ekvivalence.

Poslední kapitola obsahuje srovnání nástrojů, jimiž jsou v systémech principy solidarity a ekvivalence prosazovány. Zaměřuje se na jejich konkrétní nastavení a za pomoci analýzy a porovnání dostupných dat si pak všímá dosahované úrovně solidarity a ekvivalence.

2. Solidarita a ekvivalence

Solidarita a ekvivalence jsou dlouhodobými tématy všech sociálních systémů vyspělých zemí. Na první pohled se může zdát, že tyto principy působí proti sobě, ve skutečnosti jsou však spojovány velmi úzkými vazbami a vzájemně se doplňují. Princip solidarity je uplatňován v systémech založených na principu univerzálnosti, princip ekvivalence naopak v systémech konstruovaných v závislosti na výši příjmů z ekonomických aktivit obyvatelstva. Všechny sociální systémy jsou veskrze založeny na kombinaci principu solidarity a ekvivalence, základní otázkou všech sociálních systémů je tedy míra zastoupení a uplatňování těchto principů.²

Obecně platí, že s rostoucí výší příjmů z ekonomických aktivit klesá tzv. náhradový poměr a dochází k vytěsňování principu ekvivalence na úkor posilování principu solidarity. To vede v některých systémech ke zneužívání systému především ze strany nízkopříjmových skupin a na straně druhé k pocitu nedostatečné ochrany, které se ze systému dostává, u skupin středně a výše příjmových.³

2.1 Solidarita

Solidarita je nezbytným prvkem každého sociálního systému a tedy i systému veřejného zdravotního pojištění.⁴ Výkladový slovník solidaritu popisuje jako pospolitost, soudržnost, vzájemnou podporu, vzájemnost či svornost.

Slovo solidarita pochází z latinského solidus, jehož význam je pevný, celistvý. Odtud také vznikl středověký pojem právního významu in solidum znamenající, že určitá skupina lidí vystupuje před soudem a přijímá závazky jako celek, „jako jeden muž“. V 15. století začalo francouzské *solidaire* označovat stav, kdy lidé jednají ve shodě a ručí navzájem za

² KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

³ tamtéž

⁴ tamtéž

své závazky.⁵ Slovo se následně rozšířilo do dalších jazyků a od 19. století je chápáno jako vyjádření pojmu „bratrství“ z hesla Francouzské revoluce „Volnost, rovnost, bratrství“.

Solidarita pojatá jako soudržnost sobě rovných byla v rozporu s představou panství a moci jednoho nad druhými, díky tomu si jí také všimli sociologové v době, kdy se zdálo, že demokratickým společenstvem chybí zmiňovaná soudržnost. Francouzský sociolog Émile Durkheim ve svém díle „O společenské dělbě práce“ rozlišuje společnosti s nízkou mírou dělby práce, jež drží pohromadě „mechanická solidarita“, od společností s pokročilou dělbou práce, kde vznikají různá dobrovolná spojení a vytvářejí tak „organickou solidaritu“,⁶ kterou spojuje s moderní společností.⁷

V současnosti je solidarita chápána jako vzájemné porozumění a pomoc, ale i vzájemná odpovědnost a je považována za hybnou sílu materiálního, mravního a duchovního vývoje lidstva a za předpoklad pokroku. Vyjadřuje skutečnost, že je člověk závislý na koexistenci se společností, kterou také sám utváří a má z ní určitý prospěch. Je také výrazem pro skutečnost, že jsou lidé odpovědní nejen za sebe, ale i za druhé.⁸

Solidarita může mít mnoho forem, mnoho způsobů realizace, může mít různou míru, různé následky a projevy. Zkoumáme-li solidaritu z vertikálního hlediska, hovoříme nejčastěji o solidaritě mezinárodní, zabezpečované různými nadnárodními organizacemi, o celospolečenské solidaritě, která je zajišťována státem, o solidaritě v rámci různých užších sociálních skupin, a dále například o solidaritě domácností, rodin či jednotlivců. Horizontální pohled na solidaritu hovoří nejčastěji o solidaritě mezigenerační, solidaritě mezi zdravými a nemocnými, bohatými a chudými nebo zaměstnaných s nezaměstnanými. Solidarita může být jevem jak žádoucím, kdy podporuje a aktivizuje sociální prosperitu a

⁵ CAMUS, A. *Člověk revoltující*. 1. vyd. Praha: Garamond, 2007. ISBN 978-80-86955-55-1.

⁶ COMTE-SPONVILLE, A. *Malá rozprava o velkých cnostiach*. 1. vyd. Bratislava: Sofa, 1999. ISBN 80-8575-260-3.

⁷ STREITOVÁ, J. *Solidarita ve zdravotní péči*. [Diplomová práce]. Brno: Masarykova univerzita, 2006.

⁸ KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

harmonii, tak i nežádoucím, kdy má demotivační charakter, podporuje cizopasnictví a zpomaluje ekonomický vývoj.⁹

Podstatné je také dělení solidarity na dobrovolnou, neboli spontánní a solidaritu nedobrovolnou, neboli vynucovanou. Dobrovolnou solidaritou označujeme skutečnost, že je přirozené vzdát se ze své vlastní vůle některých osobních profitů ve prospěch někoho jiného, ať už je motivem k této skutečnosti jakákoli příčina. Takováto solidarita je základem všech dobročinných akcí a charitativních aktivit, nevytváří tlak na redistribuci, je jí přiřazována vyšší morální hodnota a tím se stává velice významnou pro funkci sociálních systémů. Nedobrovolná solidarita je solidarita vynucovaná zejména státem, především daněmi a povinnými systémy veřejného pojištění. Tato celospolečenská solidarita organizovaná státem se významně zaslouhovala o rozvoj sociálních systémů po druhé světové válce. Velice aktuálním je právě míra přerozdělování, přestože redistribuce není nežádoucí či nepřijatelná, je nutné, aby nepřekročila určitou mez a nestala se degenerativním prvkem ekonomiky.¹⁰

Hledání optimální míry přerozdělování jsme svědky už od 80. let, kdy začal postupný a stále zřetelnější růst nákladů nejen na zdravotní péči, ale i na důchodové zajištění, začala růst nezaměstnanost a potřeba zdokonalování vzdělávacích systémů, vynucovaná solidarita přestala stačit na financování těchto rozsáhlých sociálních systémů.¹¹

V systému financování zdravotní péče je solidarita historicky hluboce vžita, je mladší než solidarita související s náhradou příjmu při nemoci, zato se ale rozvíjela masivněji, zejména díky sociálnímu rozvrstvení obyvatelstva, kdy přibývalo skupin, jejichž rozpočty neumožňovaly přístup ke zdravotní péči. S růstem nákladů na zdravotní péči se tyto skupiny stále rozšiřovaly, bylo však nutné zajistit ekonomický rozvoj, což s sebou nutně neslo potřebu eliminovat nemocnost v masovém měřítku, vyhnout se epidemiím léčbou či

⁹ KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

¹⁰ tamtéž

¹¹ tamtéž

prevencí a rychle navrátit pracovní sílu do pracovního procesu.¹² Financování zdravotní péče přestávalo být postupně soukromou záležitostí a stalo se veřejný zájemem. To se však neobešlo bez rozsáhlých intervencí státu a bez vynucované solidarity organizované státem.¹³

V systémech, kde je zdravotní politika chápána široce, je vycházeno z toho, že zdraví není zbožím, a zdravotní stav obyvatelstva je tedy zájemem státu. Existuje však mnoho zemí, kde zdravotní politika prakticky neexistuje a solidarita organizovaná státem nemá v těchto zemích své místo, neexistuje buď vůbec, nebo jen jako solidarita dobrovolná a zdravotní péče je zde poskytována na základě nákupu a prodeje podle principu ekvivalence a není tak dostupná pro sociálně slabé obyvatelstvo nebo je dostupná jen na základě jejich aktuální schopnosti za péči přímo zaplatit.¹⁴

Přístup států ke zdravotní politice byl, je a bude různý. V současné době dochází k ekonomickým, sociálním a politickým změnám, které se nutně projevují i v přehodnocování sociální solidarity. Do zdravotnictví je zaváděna finanční spoluúčast pacientů, pohled na obsah zajišťovaného standardu ze zdravotního pojištění se mění, sociálně a příjmově silnější obyvatelé nahlíží na sociálně a solidárně nastavené zdravotnictví jako na nepřiměřené a nespravedlivé. Příčinou je zejména vyšší pojistné, které tyto lidé do systému odvádějí, za něj také očekávají relevantní péči. Tyto změny daly vznik jakémusi dvoucestnému systému, kdy je možno si za nadstandartní péči poskytovanou nad rámec stanoveného standartu připlatit.¹⁵

¹² KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

¹³ DURDISOVÁ, J., LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. 1. vyd. Praha: VŠE, 2001. ISBN 978-80-2450-217-5.

¹⁴ KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

¹⁵ tamtéž

2.2 Ekvivalence

Výkladový slovník ekvivalenci popisuje jako rovnocennost, dále jako něco, co má stejnou platnost nebo vzájemné vyplynutí dvou logických výroků ze sebe sama. Princip ekvivalence je v sociální politice aplikován především v pojistných systémech a je interpretován jako princip zásluhovosti či výkonnosti.¹⁶

Současný svět se stále více zaměřuje na individualismus, tedy více se soustředí na schopnosti jedince, jeho výkonnost, soutěživost a jeho kvality, to má za následek rozvoj principu ekvivalence. Teorie neoliberalismu, stejně jako ideologie individualismu staví do popředí jedince a předpokládá, že princip ekvivalence lépe vyhovuje požadavku ekonomického růstu než organizovaná a celospolečenská solidarita.¹⁷

Individualismus charakterizují následující tvrzení:

- je žádoucí usilovná a tvrdá práce jednotlivce, tak aby využíval svých dispozic k prosazení se na trhu práce a konkurenčnímu úspěchu nad ostatními,
- pokud takto tvrdě pracuje, jeho práce má být odměněna ekvivalentně vynaloženému úsilí a dispozicím,
- ti, kdo tvrdě pracují, jsou úspěšní a schopni zajistit svou existenci a nezávislost ve společnosti, nepotřebují žádné sociální transfery,
- je-li jedinec nesoběstačný a ekonomicky neúspěšný, je to způsobeno jeho chybou a nedostatečným pracovním úsilím, proto musí nést i odpovídající následky a sociální transfer ze státu organizovaného systému solidarity má být podle neoliberalistického předpokladu minimální.¹⁸

Podíváme-li se na aplikaci principu ekvivalenci do sociálních systémů, pak této ideologii odpovídá, neboť jeho úlohou je motivovat k práci a směřovat občany k sociální

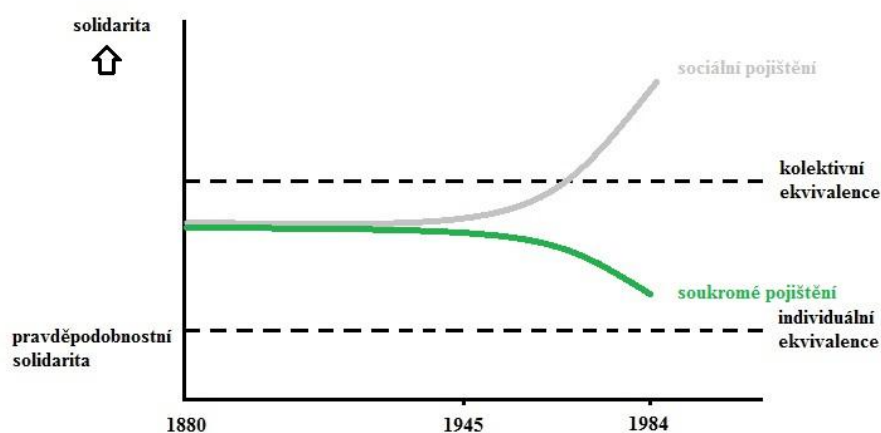
¹⁶ KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

¹⁷ tamtéž

¹⁸ tamtéž

nezávislosti na státu a k jejich soběstačnosti. Svými důsledky vede k nižší sociální redistribuci, k šetření veřejných zdrojů, což vede ke snížení daňové zátěže, větší míře investování a k růstu HDP. Lidé neschopni si zajistit dostatečné příjmy, ať již z jakéhokoli důvodu, jsou podle této ideologie odkázáni na dobročinnost.¹⁹

Princip ekvivalence se projevuje zejména v oblasti pojištění, a to jak soukromého, tak i veřejného, lze ho však hledat i mimo tento sektor, např. u poskytování sociálních dávek, které vyžadují určité vynaložené úsilí, aby mohly být poskytnuty. Uplatňuje se zde nejen jako nástroj celkové rovnováhy systému, ale i jako nástroj sloužící k dosažení rovnováhy mezi výší pojistného a očekávaným rizikem, které lze tímto pojistným kompenzovat, ať jde o ekvivalenci mezi jednotlivým rizikem a jemu adekvátním pojistným - princip individuální ekvivalence nebo o ekvivalenci mezi homogenní skupinou rizik a pojistným adekvátní skupiny plátců pojištění - kolektivní princip ekvivalence. Pojištění je tedy názorným příkladem toho, jak je princip solidarity a ekvivalence propojen.²⁰ Vývoj solidarity a ekvivalence lze vidět v následujícím grafu.



Obrázek 1: Vývoj ekvivalence a solidarity v sociálním a soukromém pojištění

Zdroj: KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*²¹

¹⁹ KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

²⁰ tamtéž

²¹ tamtéž

Vývoj šel z počátku cestou soukromého pojištění, s nárůstem rizik spolu s nutností je ošetřit, s rostoucími nároky průmyslového rozvoje, a skutečností, že analýza jednotlivých rizik se stávala stále obtížnější, došlo k postupnému uplatňování kolektivní ekvivalence. Sociální a soukromé pojištění si v tomto směru byly dříve podobné a byly v určité míře založeny i na principu solidarity. Z grafu je však patrné, že postupem času se začala pojištění ve svém hlavním poslání odlišovat, nesporným mezníkem v tomto vývoji byly reformy W. Beveridge, kterými se v pojištění výrazně posílil princip solidarity. Zatímco soukromé pojištění šlo cestou posilování principu ekvivalence, sociální pojištění šlo cestou opačnou, kdy se díky principu solidarity stávalo pojištění dostupné i pro skupiny obyvatel, kteří byli ze systému soukromého pojištění vyloučeni. Tato příliš vysoká solidarita je ovšem doprovázena celou řadou negativních vlivů, jako nízká motivace, vztah mezi pojistným a dávkou je neurčitý, příjmy systémů jsou notoricky nižší než výdaje, což způsobuje, že systémy hospodaří trvale s deficitem a dochází k porušování makroekonomické ekvivalence.²²

Jak již bylo řečeno, s majetkovou a příjmovou diferenciací se v sociální zdravotní politice objevují otázky týkající se ekvivalence u příjmově silnějších skupin obyvatelstva, které za své odvedené pojistné vyžadují vyšší a kvalitnější zdravotní péči než standardně poskytovanou systémem veřejného zdravotního pojištění. Vzniká tedy potřeba jiného a optimalizovaného nastavení systému, které v současné době již také probíhá.

²² KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

3. Systémy zdravotní péče

Skutečnost existence rozmanitých společenských systémů s mnoha kulturními zvyklostmi, ekonomickými, sociálními a politickými podmínkami v jednotlivých zemích způsobila, že i zdravotní péče a její pojetí je v různých zemích rozdílná.²³ Přístupy ke zdravotní politice a k pojetí zdravotní péče se pozvolna vyvíjí v čase, jak z hlediska historického, tak i z pohledu doby současné, kdy dochází k významnému přehodnocování hodnot a obsahu jednotlivých systémů. V následujících kapitolách je stručně zachycen historický vývoj zdravotních systémů, navržena možná klasifikace a stručná charakteristika v současnosti se vyskytujících systémů zdravotní péče.

3.1 Historický vývoj

Počátky a vývoj zdravotních systémů a zdravotního pojištění lze sledovat již ve středověku při cechovních spolcích. Největší rozmach zdravotního pojištění nastal během 19. století, spojeného s růstem průmyslové výroby a nárůstem sociálně slabých tříd.²⁴ Systémy se vyvíjeli většinou pozvolna a postupně s novými zájmy a potřebami současných generací²⁵, z počátku bylo prioritním především pojištění proti ztrátě příjmu v důsledku nemoci, s rozvojem medicíny a potřeb se k nemocenskému pojištění postupně přidávalo pojištění určené ke krytí výdajů na zdravotní péči, zdravotní pojištění.²⁶

V roce 1849 bylo v Prusku zavedeno první povinné zdravotní pojištění pro horníky, spojené se vznikem mnoha podnikových i místních pojišťoven v následujícím období. V roce 1883 byl německým parlamentem schválen zákon o povinném zdravotním pojištění pro dělníky, kdy bylo do pojištění možné zahrnout i rodinné příslušníky. Pojištěný měl

²³ HOLČÍK, J. *Úvod do studia zdravotního stavu populace*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1996. ISBN 80-210-1291-9.

²⁴ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

²⁵ HOLČÍK, J. *Úvod do studia zdravotního stavu populace*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1996. ISBN 80-210-1291-9.

²⁶ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

díky pojištění nárok na bezplatné ošetření u lékaře, na léky a také na nemocenské dávky.²⁷ Podobný zákon, spojený s ještě širší působností, vztahující se postupně na všechny zaměstnané osoby a z části na živnostníky, byl přijat v roce 1886 také v Rakousku-Uhersku. Podobně se legislativa tvořila na přelomu 19. a 20. století v mnoha evropských zemích.²⁸

Kritériem povinného zdravotního pojištění se stala skutečnost zaměstnání nebo výše příjmu, zdravotní pojištění se však ještě stále nevztahovalo na celou populaci, systémy nebyly řešeny komplexně.²⁹ V mnoha zemích zdravotní pojištění uzákoněno nebylo a pojistná ochrana byla dobrovolnou záležitostí.³⁰

S postupným rozvojem sociální solidarity se zdraví stávalo jednou ze základních lidských potřeb a začaly vznikat diskuse o přístupu ke zdravotní péči pro nejširší vrstvy obyvatel. Současně s růstem a rozvojem zdravotnických zařízení docházelo k narůstání cen zdravotní péče, přímá úhrada pacienty přestala stačit a stala se brzdou dalšího rozvoje zdravotnictví.³¹ Od poloviny 20. století tak řada západoevropských zemí nahradila systémy statutárního zdravotního pojištění modelem národní zdravotní služby, jehož cílem bylo rozšíření ochrany na celou populaci. V jiných zemích zůstal zachován systém statutárního zdravotního pojištění, který byl rozšířen na celou populaci.³²

3.2 Klasifikace systémů

Výsledkem ekonomických, politických a sociálních procesů je rozmanitost existujících zdravotnických systémů a soustav a je obtížné provést jejich dostačující třídění. Vhodnými

²⁷ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

²⁸ tamtéž

²⁹ GLADKIJ I. A kol. *Management zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

³⁰ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

³¹ JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

³² NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

znaky třídění se ukazují být míra regulačních zásahů do systémů ze strany státu nebo jiných společenských institucí³³ či převažující zdroj financování, ze kterého je zdravotní péče hrazena.³⁴

Dle míry dobrovolnosti účasti na zdravotním pojištění, tedy, je-li účast v systému povinná nebo dobrovolná, rozlišujeme dva základní typy zdravotního pojištění. Pojištění, které je na základě zákona povinné pro veškeré obyvatelstvo země nebo alespoň jeho část, přičemž takovéto skupiny mohou být vymezeny svým zaměstnaneckým statutem, výší svého příjmu nebo výší věku se nazývá statutárním zdravotním pojištěním. Účastní-li se osoba pojištění dle vlastního rozhodnutí, tedy dobrovolně, jde o tzv. privátní zdravotní pojištění.³⁵

3.2.1 Modely statutárního zdravotní pojištění

Pojetí a modely systémů statutárního zdravotního pojištění jsou v jednotlivých zemích značně rozdílné, přes všechny odlišnosti lze rozlišit dva typy systémů.

Beveridgeův model

Beveridgeův model je systémem zdravotnictví financovaným ze všeobecných daní, představitelem takového modelu je národní zdravotní služba.³⁶ Zdravotní péče je zajištěna všem obyvatelům země, bez ohledu na jejich platební schopnost.³⁷ Model se vyznačuje univerzálním pojistným krytím obyvatel, jimž je zdravotní péče poskytována ve veřejných zdravotnických zařízeních nebo u smluvně vázaných poskytovatelů zdravotní

³³ HOLČÍK, J. *Úvod do studia zdravotního stavu populace*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1996. ISBN 80-210-1291-9.

³⁴ DURDISOVÁ, J. LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2001. ISBN 80-245-0217-8.

³⁵ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

³⁶ ČELEDOVÁ, L. ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3213-8.

³⁷ HOLČÍK, J. *Úvod do studia zdravotního stavu populace*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1996. ISBN 80-210-1291-9.

péče s různou vlastnickou formou. Financováním jsou pověřeny specializované úřady státní správy nebo regionální či municipální samosprávy. Ty mohou zdravotnická zařízení přímo provozovat nebo s těmito zařízeními uzavírají smlouvy o poskytování zdravotní péče pro své obyvatele. Míra spoluúčasti pacientů je velmi nízká nebo žádná.³⁸ Za krajní model Beveridgeova modelu je považován Semaškův model, jako extrémně centralistický model péče o zdraví, založený na úplném zestátnění financování, správy i poskytování zdravotní péče, který již téměř zanikl a přežívá jen v několika státech.³⁹

Bismarckův model

Bismarckův model je model sociálního zdravotního pojištění, tedy nestátní model se státními zárukami, založený na povinném zdravotním pojištění financovaného z povinných odvodů zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu a provozovaný samosprávnými zdravotními pojišťovnami.⁴⁰ Výše odvodu je obvykle stanovena na základě výše příjmu pojištěné osoby. Poskytovatelé zdravotní péče jsou obvykle smluvně vázáni na zdravotní pojišťovny nebo mají ze zákona možnost zdravotním pojišťovnám poskytnutou péči jejich pojištěncům vykazovat.⁴¹ Model je typickým pro řadu evropských zemí.⁴²

Ve všech modelech má dominantní úlohu stát, ať již v přímém provozování zdravotního pojištění, silných regulací nebo státních dotací systémů.⁴³

³⁸ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

³⁹ HOLČÍK, J. *Úvod do studia zdravotního stavu populace*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1996. ISBN 80-210-1291-9.

⁴⁰ HOLČÍK, J. *Úvod do studia zdravotního stavu populace*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1996. ISBN 80-210-1291-9.

⁴¹ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

⁴² DURDISOVÁ, J. LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2001. ISBN 80-245-0217-8.

⁴³ ČELEDOVÁ, L. ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3213-8.

3.2.2 Modely privátního zdravotního pojištění

Charakteristickým znakem privátního zdravotního pojištění je jeho dobrovolnost. Jde o tzv. liberalistický typ, jenž vychází z názoru, že péče o zdraví je otázkou především samotného jednotlivce a stát by měl do takto chápaného systému zasahovat jen minimálně. Zdravotní služby jsou pojaty jako druh zboží a tedy jejich fungování podléhá zákonům tržní ekonomiky, tedy střetu poptávky po těchto službách s jejich nabídkou. Pacient je v tomto vztahu zákazník a lékař podnikatelským subjektem. Každému se dostane takových služeb, kolik si je schopen zaplatit. V systému však také existují určité sociální články, které zpřístupňují péči i sociálně slabším skupinám obyvatel.⁴⁴ Dnes tento model, založený převážně na privátním zdravotním pojištění, přetrvává již jen ve Spojených státech amerických. Ve většině vyspělých zemí tvoří privátní zdravotní pojištění jakýsi doplněk ke statutárnímu zdravotnímu pojištění a nabízí obyvatelům možnost pojistit se podle svým požadavků a preferencí nad rámec statutárního pojištění.⁴⁵

Mikropojištění

Zvláštní formou privátního zdravotního pojištění, rozšířenou zejména v rozvojových zemích je tzv. mikropojištění. Jde o běžnou formu pojištění v zemích, kde statutární systémy zdravotního pojištění buď vůbec neexistují, nebo zahrnují pouze určitou část obyvatel, např. trvale zaměstnané osoby.⁴⁶ Lidé s nízkými příjmy žijí často v rizikovém prostředí a jsou ohroženi mnoha nebezpečími, jako jsou nemoci, smrt následkem úrazu a invalidita, ale také ztráta majetku v důsledku požárů, krádeží, zemědělské ztráty a přírodní katastrofy. Chudí lidé v rozvojových zemích jsou k mnoha z těchto rizik náchylnější než zbytek populace, zároveň se s těmito situacemi jsou nejméně schopni vyrovnat.⁴⁷ Mikropojištění je jednou z možností, jak pro tyto vrstvy obyvatelstva zajistit a zvýšit

⁴⁴ HOLČÍK, J. *Úvod do studia zdravotního stavu populace*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1996. ISBN 80-210-1291-9.

⁴⁵ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

⁴⁶ tamtéž

⁴⁷ CHURCHIL, C. *Protecting the poor – A microinsurance compendium*. 1. ed. Geneva: ILO, 2006. ISBN 978-92-2-119254-1.

dostupnost zdravotní péče, která je díky nutnosti přímé úhrady zdravotní péče a nedostatečné infrastruktury zdravotnických zařízení velmi špatně dostupná.⁴⁸

Mikropojištění je tedy ochranou nízkopříjmových skupin obyvatelstva proti konkrétnímu nebezpečí, výměnou za pravidelné platby, úměrné riziku a nákladům, do společného fondu,⁴⁹ ze kterého je hrazena poskytnutá zdravotní péče v místních zdravotnických zařízeních. Zřizovateli takového druhu pojištění jsou často nevládní organizace, zdravotnická zařízení, církve, místní samosprávné orgány či finanční organizace. Existují ale také velké společnosti, které nabízejí mikropojištění a to ve formě produktů nebo přímo balíčků určených pro nízkopříjmové osoby. Příkladem mohou být všechny pojišťovny v Indii, Delta Life v Bangladéši nebo AIG v Ugandě.⁵⁰ V následující tabulce je možné vidět vybrané charakteristiky modelů zdravotního pojištění.

Tabulka 1: Charakteristiky modelů zdravotního pojištění

| | Bismarckův model | Beveridgeův model | Semaškův model | Privátní pojištění |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Financování | příspěvky zaměstnavatelů a pojištěnců | daně, státní nebo municipální rozpočty | státní rozpočet | pojistné privátního pojištění |
| Řízení | samospráva ze zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců | stát a jeho úřady | centrální vláda, ministerstvo zdravotnictví | privátní organizace - pojišťovny |
| Rozhodování o právech a povinnostech | zdravotní pojišťovny v rámci svých zákonných kompetencí | stát a jeho úřady | centrální vláda | práva nejsou zaručena, záleží na vztahu nabídky a poptávky |
| Pojistné krytí obyvatelstva | veškeré obyvatelstvo s možnými výjimkami | veškeré obyvatelstvo | veškeré obyvatelstvo | svobodné rozhodnutí jednotlivce |
| Solidarita | určená konstrukcí pojistného | určená daňovým systémem | určená daňovým systémem | neexistuje nebo velmi omezená |

Zdroj: NĚMEC, J. Principy zdravotního pojištění⁵¹

⁴⁸ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

⁴⁹ CHURCHIL, C. *Protecting the poor – A microinsurance compendium*. 1. ed. Geneva: ILO, 2006. ISBN 978-92-2-119254-1.

⁵⁰ tamtéž

⁵¹ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění* 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

4. Zdravotní péče v České republice

Zdravotní péče v České republice prošla celou řadou významných změn, souvisejících se změnou politických názorů, ideologií a požadavků společnosti. Za prvorepublikového Československa patřila zdravotní péče a přístup ke zdravotní politice k nejkvalitnějším v Evropě, významným mezníkem vývoje se staly světové války a následné přiřazení českých zemí k východnímu bloku a přijetí socialistických ideologií. Vznik samostatné České republiky byl genezí dalšího vývoje, který pokračuje i v současnosti. V následujících kapitolách je zachycen historický vývoj systému poskytování a hrazení zdravotní péče v českých zemích a jeho současný stav.

4.1 Historický vývoj

Prvními historicky doložitelnými prameny právní kodifikace spojenými se zdravím a zdravotní politikou jsou nejspíše vyhlášky a nařízení měst týkající se morové epidemie v 17. století, kdy byly vydány tzv. protimorové spisy a morové řády, jejichž smyslem byla prevence proti dalšímu šíření moru. Nositelem znalostí a zdravotnických vědomostí byla v této době církev, která své poznatky šířila v klášterech a církevních zařízeních.⁵²

Zlom v dějinách zdravotnictví přinesla doba Marie Terezie a Josefa II., kdy začalo být zdravotnictví organizováno centralizovanou správou. V roce 1753 začala nad zdravotnickými záležitostmi Rakouska - Uherska dohlížet dvorská zdravotnická deputace a za vlády Josefa II. byly stanoveny požadavky na vzdělání pracovníků ve zdravotnictví.⁵³ Později v roce 1887 zákonem o veřejné zdravotní službě vznikla v Rakousku - Uhersku i českých zemích uspořádaná institucionální síť zabezpečující kontrolu stanovených hygienických, protiepidemických a preventivních opatření a v roce 1888 byl zaveden

⁵² EIM, J. *Vývoj zdravotního systému v ČR* [Diplomová práce]. Brno: Právnická fakulta Masarykovy univerzity, 2008.

⁵³ NOVOTNÁ, M. *Lékařství na Moravě v pobělohorském období* [Diplomová práce]. Brno: Masarykova univerzita, 2007.

systém zdravotního pojištění, který byl později implementován i do právního řádu samostatného prvorepublikového Československa.⁵⁴

V prvorepublikovém Československu byl zdravotní systém založen na principu povinného zdravotního pojištění, které se však týkalo pouze námezdně pracujících občanů a jejich rodinných příslušníků. V tehdejší době existovalo asi tři sta zdravotních pojišťoven, výše pojistného činila 6% ze mzdy a na úhradě se podíleli zaměstnanec a zaměstnavatel rovným dílem. Z pojištění byla hrazena zdravotní péče, kterou poskytovali praktičtí lékaři a veřejné nemocnice. Úroveň zdravotní péče a nemocenských dávek byla v tehdejší době na velmi vysoké úrovni a patřila mezi přední státy Evropy.⁵⁵

V poválečném období pod nadvládou Sovětského svazu došlo k převzetí koncepce zdravotnictví SSSR v podobě úplného zestátnění, tedy Semaškova modelu. Systém povinného zdravotního pojištění byl nahrazen financováním z daní prostřednictvím státního rozpočtu.⁵⁶ Zdravotní péče byla pro občany „bezplatná“, bez přímé úhrady. Vznikaly krajské a okresní ústavy národního zdraví, které zabezpečovaly veškerou léčebně preventivní péči.⁵⁷

Se zánikem socialistického režimu skončil v roce 1989 také extrémně centralistický model zdravotnictví. Dnešní model zdravotní péče je ovlivněn převratnými politickými událostmi roku 1989. Změny ve struktuře a koncepci byly bezprostřední reakcí na nevyhovující a silně přeceněný systém založený na principech centrálního plánování a absolutní dominanci státu. Charakteristickými znaky reformy zdravotnictví jsou tři procesy:

- transformace struktury systému zdravotnictví,
- decentralizace státní zdravotní správy,

⁵⁴ GLADKIJ I. a kol. *Management zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

⁵⁵ VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

⁵⁶ ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1992. ISBN 978-80-7066-705-7

⁵⁷ GLADKIJ I. a kol. *Management zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

- přizpůsobení systému zdravotnictví podmínkám tržního hospodářství.⁵⁸

V roce 1991 se tak systém transformoval od státem hrazené zdravotní péče k systému všeobecného zdravotního pojištění, kdy úhradu zdravotní péče zajišťují zdravotní pojišťovny na základě zákona a smluv mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče.⁵⁹

4.2 Rozsah zdravotního pojištění

Dle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění jsou zdravotně pojištěny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, dále osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, a jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky. Ze zdravotního pojištění jsou vyňaty osoby, které na území České republiky vykonávají nelegální práci a osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky a jsou činny v České republice pro zaměstnavatele, požívající diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území České republiky, a osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a neplatí pojistné.⁶⁰

Zdravotní pojištění, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky, vzniká dnem narození. V případě osob bez trvalého pobytu na území České republiky vzniká pojištění dnem, kdy se osoba stala zaměstnancem nebo získala trvalý pobyt na území České republiky.⁶¹ Zákon tedy nepředpokládá vznik přihlášením u zdravotní pojišťovny nebo uhrazením pojistného či jakoukoli jinou evidencí. Ze zákona také vyplývá, že osoba, která neodvádí pojistné veřejně zdravotního pojištění, a to z jakékoli příčiny, nemá zdravotní průkaz pojištěnce a neplní povinnosti pojištěné osoby, je ze zákona zdravotně

⁵⁸ HOLČÍK, J. *Úvod do studia zdravotního stavu populace*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1996. ISBN 80-210-1291-9.

⁵⁹ MACH, J. *Lékař a právo*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.

⁶⁰ *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>

⁶¹ tamtéž

pojištěna, má-li trvalý pobyt na území České republiky nebo je zaměstnána u zaměstnavatele majícího sídlo na území České republiky.⁶²

Zdravotní pojištění zaniká dnem úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého, případně dnem, kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem zaměstnavatele se sídlem na území České republiky a přestala být účastna nemocenského pojištění nebo ukončením trvalého pobytu na území České republiky.⁶³

Eventuální vystoupení ze systému tedy není možné, existuje pouze možnost pojištění přerušit při déletrvajícím pobytu mimo území České republiky a to při splnění určitých podmínek. V systému není také zabudována možnost rodinného pojištění, každý člen domácnosti je pojištěn samostatně.⁶⁴

Občané jiných členských států Evropské unie, na základě principu, podle kterého mají občané EU a EHP dostat v jednotlivých státech stejného zacházení jako občané daného státu, mají právo na úhradu zdravotní péče ze zdravotního pojištění za stejných podmínek jako pojištěnci.⁶⁵

4.3 Plátcí zdravotního pojištění

Plátcí zdravotního pojištění jsou pojištěnci, tedy osoby, které jsou zaměstnanci, osobami samostatně výdělečně činnými a osoby s trvalým pobytem na území České republiky, které

⁶² MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

⁶³ *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>

⁶⁴ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

⁶⁵ MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

nejdou ani zaměstnanci ani osoby samostatně výdělečně činné a pojistné za ně neplatí stát.⁶⁶

Plátcí jsou dále zaměstnavatelé jako plátcí části pojistného za své zaměstnance a části pojistného z příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků zúčtovaných bývalému zaměstnanci po skončení zaměstnání.

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za nezaopatřené děti, poživatele důchodů z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství. Za uchazeče o zaměstnání včetně uchazečů o zaměstnání, kteří přijali krátkodobé zaměstnání, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované, osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II, III anebo stupni IV a osoby pečující o tyto osoby, a osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I. Dále osoby konající službu v ozbrojených silách, s výjimkou vojáků z povolání, a osoby povolané k vojenskému cvičení, osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody. Také za osoby, které jsou invalidní ve třetím stupni, osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do sedmi let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, mladistvé umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy, osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, za cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti. Dále také za žadatele o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě narozené na území, za cizince, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu, a jeho dítě narozené na území, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti, za příjemce starobní penze na určenou dobu,

⁶⁶ *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>

doživotní penze nebo penze na přesně stanovenou dobu s přesně stanovenou výší důchodu.⁶⁷

Zdravotní pojistné placené státem za vybrané kategorie pojištěnců má spíše charakter dotací, které regulují objem prostředků ve fondu veřejného zdravotního pojištění, stát tedy neplatí plnohodnotné pojistné. To umožňuje skutečnost, že odvedené pojistné výdělečně činných osob je poměrně vysoké a významně převyšuje úhrady péče těchto osob.⁶⁸ Němec k tomu uvádí: „Aktivní plátcí zdravotního pojistného na úhradách zdravotní péče „spotřebují“ jen asi 40% výdajů veřejného zdravotního pojištění, ale zaplatí asi 76% jeho příjmů. Pokud by stát měl platit plnohodnotné pojistné za uvedené skupiny nevýdělečně činných osob, musel by platit dvakrát více než dosud. Pokud by současně nebyla snížena sazba pojistného pro výdělečně činné osoby, dostala by se Česká republika na evropskou špičku v podílu výdajů na zdravotnictví v poměru k HDP. Kromě obtížné fiskální průchodnosti takového kroku by se stalo veřejné zdravotní pojištění převážně závislé na státním rozpočtu a vznikla by samozřejmě otázka, zda v takovém případě není jednodušším řešením financovat české zdravotnictví jen ze všeobecných daní.“⁶⁹

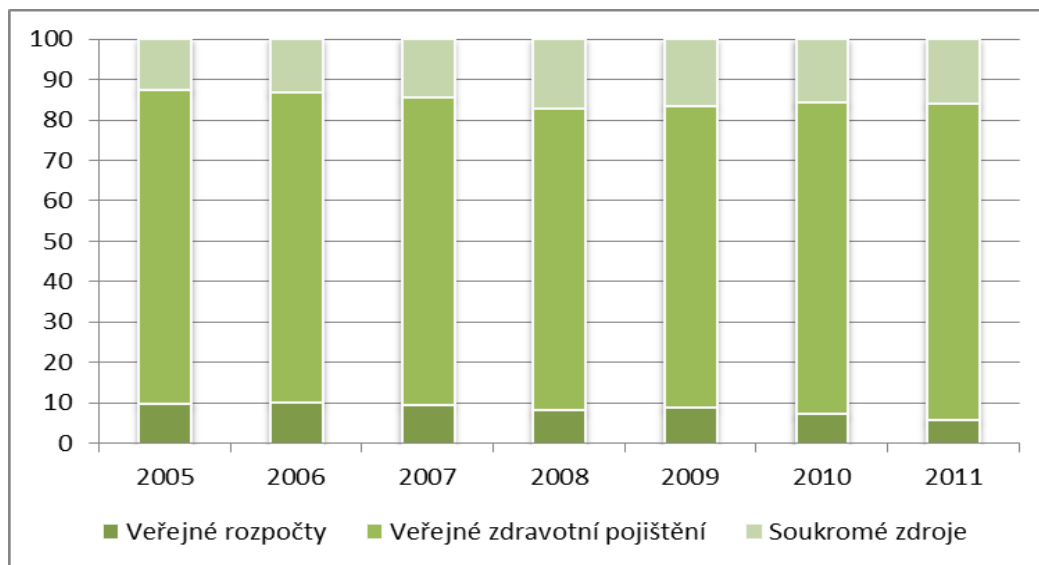
Mají-li osoby, za které je plátcem stát, příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti, je plátcem pojistného stát i tyto osoby.

V roce 2011 dosáhla celková výše výdajů na zdravotnictví 7,5% HDP České republiky. Financování zdravotní péče a podíl jednotlivých skupin podílejících se na financování je možné vidět v následujícím grafu.

⁶⁷ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>

⁶⁸ NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

⁶⁹ tamtéž



Obrázek 2: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v %)

Zdroj: UZIS⁷⁰

Z grafu je zřejmá skutečnost, že příjmy z pojistného výdělečně činných osob, tedy z veřejného zdravotního pojištění, tvoří přibližně tři čtvrtiny příjmů fondu veřejného zdravotního pojištění. Další složku fondu tvoří příjmy ze soukromých plateb a nejmenší podíl na financování zdravotní péče tvoří státní a místní rozpočty.

4.4 Pojistné zdravotního pojištění

Výši pojistného, penále a způsob jejich placení určuje zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů.⁷¹

Pojistné je placeno povinně zdravotní pojišťovně, u které je pojištěný zdravotně pojištěn. Tato povinnost vzniká dnem nástupu pojištěného do zaměstnání, zahájením samostatné výdělečné činnosti nebo dnem návratu do České republiky po nepřetržitém pobytu v cizině. Povinnost zaměstnavatele platit část pojistného za své zaměstnance vzniká dnem

⁷⁰ *Ekonomické informace ze zdravotnictví 2011* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012 [vid. 2013-02-11]. Dostupný z WWW: < <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011> >.

⁷¹ MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

nástupu zaměstnance do zaměstnání a zaniká dnem skončení zaměstnání. Povinnost státu platit pojistné za pojištěnce vzniká dnem, kdy se stát stává plátcem pojistného. Povinnost zaniká dnem, ke kterému stát přestal být plátcem pojistného.⁷²

Pojištěnec není povinen platit pojistné po dobu, kdy je dlouhodobě v cizině, pokud je v cizině zdravotně pojištěn a učinil o této skutečnosti u příslušné zdravotní pojišťovny písemné prohlášení, přičemž ode dne odhlášení až do dne, kdy se pojištěnec u příslušné zdravotní pojišťovny opět přihlásil, nemá pojištěnec nárok na poskytování hrazených služeb. Dlouhodobým pobytem v cizině se dle zákona rozumí nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců.⁷³

Nezaplatí-li plátce pojistného pojistné ve stanovené výši a včas, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna vymáhat na dlužníkovi jeho zaplacení včetně penále.⁷⁴

Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období, přičemž výpočtem jeho výše je odpovědný sám jeho plátce. Pojistné se zaokrouhluje na celé koruny směrem nahoru. Vyměřovacím základem je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmu právnických osob. Pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec, ze dvou třetin zaměstnavatel.⁷⁵

4.5 Práva a povinnosti pojištěného

Z titulu svého zdravotního pojištění má pojištěný v České republice několik práv. Jde zejména o právo na výběr zdravotní pojišťovny, přičemž pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku. Přihlášku je

⁷² *Zákon 592/1992 Sb. pojistném na všeobecné zdravotní pojištění* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1992 [cit 2013-01-17]. Dostupný z:
<<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=592~2F1992&rpp=15#seznam>>.

⁷³ tamtéž

⁷⁴ tamtéž

⁷⁵ tamtéž

pojištěnec povinen podat vybrané zdravotní pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny.⁷⁶ Toto právo se neuplatňuje u novorozenců, dítě se stává pojištěncem pojišťovny, u které je pojištěna jeho matka, jakmile však dojde k přidělení rodného čísla dítěti, může zákonný zástupce provést změnu zdravotní pojišťovny podle standardních podmínek. Zákonem je pojišťovnám zakázána jakákoli selekce mezi pojištěnci, pojišťovny musí přijmout všechny pojištěnce, kteří splňují zákonné podmínky pro změnu zdravotní pojišťovny a to bez zbytečného odkladu. Pojišťovny také nejsou oprávněny sami ukončit vztahy s pojištěnci.⁷⁷

Pojištěný má dále právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb, tedy lékaře nebo jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví, a na výběr zdravotnického zařízení, jenž může uplatnit jednou za tři měsíce, bez jakýchkoli lhůt pro realizaci tohoto práva. Pojištěný má tedy svobodnou volbu mezi registrujícími praktickými lékaři, ambulantními specialisty, ale také při volbě nelékařských zdravotnických odborníků.⁷⁸ Aby však mohla být péče uhrazena z veřejného zdravotního pojištění, musí být zvolený lékař, jiný zdravotnický pracovník či zdravotnické zařízení ve smluvním vztahu s pojišťovnou pojištěného. V případě, že si pojištěnec zvolí lékaře, zařízení či jiného zdravotnického pracovníka, který není ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou, podle současné právní úpravy, nemohou být péče ani předepsaná léčiva a indikované výkony hrazeny z veřejného pojištění. Tímto je svobodná volba pojištěného značně omezena. Zvolený lékař, v případě ambulantní péče, může pojištěného odmítnout jen při překročení únosného pracovního zatížení lékaře a velké vzdálenosti místa trvalého bydliště nebo

⁷⁶ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>

⁷⁷ MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

⁷⁸ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>

přechodného pobytu pojištěného, které znemožňuje výkon návštěvní služby. Toto neplatí, je-li stanovena určitá spádová oblast a pojištěný do této oblasti patří.⁷⁹

Dle zákona je nutné zajistit pojištěným časovou a místní dostupnost hrazených služeb, poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Pojištěný je oprávněn vybrat si variantu poskytovaných zdravotních služeb a léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady.

Pojištěný se také může podílet na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním, na své pojišťovně je oprávněn požadovat jednou ročně písemnou informaci o zdravotní péči, která mu byla poskytnuta během uplynulých dvanácti měsíců a byla uhrazena zdravotní pojišťovnou. Má také právo na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku, dokladu o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely poskytovatelem lékařské péče. Právo na uhrazení částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. V případě, že má pojištěnec za to, že mu nejsou poskytovány hrazené služby v souladu a v rozsahu stanoveném zákonem, může podat stížnost podle zákona o zdravotních službách.⁸⁰

Vedle práv, vznikajících pojištěnému v rámci pojištění, má pojištěný také povinnosti, uložené zejména §2 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Mach však vidí slabinu v tom, že u některých z uložených povinností chybí v rovině zdravotního pojištění sankce za jejich nesplnění.⁸¹ Pojištěný je povinen plnit oznamovací povinnost, tedy oznámení své pojišťovny, u které je pojištěn, zaměstnavateli při nástupu do zaměstnání, takovouto povinnost má i při změně zdravotní pojišťovny, a to do 8 dnů po provedení změny. Pojištěný je povinen hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné,

⁷⁹ MACH, J. *Lékař a právo*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.

⁸⁰ *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>

⁸¹ MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci a vyvarovat se jednání, jejichž cílem je poškození vlastního zdraví.⁸²

Pojištěný je povinen prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce, v případě jeho ztráty je tuto skutečnost povinen nahlásit příslušné zdravotní pojišťovně a to nejpozději do 8 dnů. Do 30 dnů je také pojištěný povinen nahlásit své zdravotní pojišťovně změnu jména, trvalého bydliště nebo rodného čísla.⁸³

Pojištěný je povinen hradit poskytovateli zdravotní péče regulační poplatky a uhradit poskytovateli, popřípadě jinému subjektu, který pojištěnci poskytl zdravotní služby, rozdíl mezi cenou poskytnutých zdravotních služeb a výší úhrady ze zdravotního pojištění.⁸⁴

Jestliže se pojištěný prokazoval při poskytování zdravotní péče průkazem zdravotní pojišťovny, u které není pojištěn, hrozí mu za toto jednání pokuta do výše 5.000 Kč.⁸⁵ V situacích vyžadujících neodkladné poskytnutí zdravotní péče k záchraně života nebo zdraví není možné vázat toto poskytnutí péče na předložení průkazu pojištěnce.⁸⁶

4.6 Poskytování a úhrada zdravotní péče

Poskytování a úhrada zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění vychází z principů určených Úmluvou o lidských právech a biomedicině, zejména pak ze článků 3 a 4, a dále článkem 31 Listiny základních práv a svobod. Ze jmenovaných dokumentů nevyplývá povinnost hradit z veřejného zdravotního pojištění veškeré zdravotní výkony a poskytnutou

⁸² *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>

⁸³ tamtéž

⁸⁴ tamtéž

⁸⁵ MACH, J. *Medicina a právo*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

⁸⁶ MACH, J. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 1. vyd. Praha: Lexis Nexis CZ, 2005. ISBN 978-80-8619-950-4.

péči. Rozsah hrazené péče je v současnosti upraven zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.⁸⁷ Protože jsou podmínky a rozsah úhrady zdravotní péče u jednotlivých výkonů, léčiv, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků upraveny přímo zákonem, musí být rovněž jakákoli změna v rozsahu úhrady rovněž přijata formou zákona. Výhradně zákon tedy může stanovit případy a míru, ve které není zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění, ale přímou úhradou či finanční spoluúčastí pojištěnce.⁸⁸

Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým klientům zdravotní péči, toho je dosaženo prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými pojišťovny uzavírají smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, pro ty druhy zdravotní péče, které je dané zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. V případě, že dojde k poskytnutí nutné a neodkladné péče, tyto smlouvy nejsou vyžadovány a zdravotní péče se v těchto případech hradí i nesmluvnímu zařízení. Zdravotní péče je poskytována pacientům prostřednictvím ambulantní nebo ústavní péče. Pojmem ambulantní péče rozumíme péči primární, specializovanou ambulantní a zvláštní ambulantní péči.⁸⁹

Primární péči zajišťují pojištěncům jejich registrující lékaři, tedy praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, zubní lékaři, ženští lékaři a popřípadě jiní ošetřující lékaři. Pacient je přijat k lékaři na základě registračního listu doprovázeného informacemi o zdravotním stavu, potřebnými k navázání zdravotní péče, od předchozího registrujícího lékaře, přičemž je předchozí lékař povinen tyto údaje poskytnout písemně a bezplatně. Registrující lékař poté zajišťuje zdravotní péči svým registrovaným pojištěncům, praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost je navíc povinen zajišťovat také návštěvní službu pro své registrované pacienty v místě jejich trvalého nebo přechodného pobytu. V případě, že zdravotní stav pojištěného vyžaduje speciální ambulantní péči, doporučí registrující praktický lékař takové zdravotnické

⁸⁷ MACH, J. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 1. vyd. Praha: Lexis Nexis CZ, 2005. ISBN 978-80-8619-950-4.

⁸⁸ MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

⁸⁹ tamtéž

zařízení, které je schopno vyžadovanou péčí zajistit. Na základě svobodné volby lékaře se však pojištěnec není povinen řídit doporučeními registrujícího lékaře, takovéto zařízení si může vyhledat sám bez doporučení praktického lékaře.⁹⁰

Zvláštní ambulantní péčí rozumíme péči poskytovanou pacientům s akutním nebo chronickým onemocněním a pojištěncům tělesně, mentálně nebo smyslově postiženým a závislým na cizí pomoci v jejich vlastním prostředí. Jde o péči poskytovanou v domácím prostředí, dále ve stacionářích, ve zdravotnických zařízeních ústavní péče a v ústavech sociální péče.⁹¹

Vyžaduje-li to zdravotní stav pacienta, poskytne se mu péče hrazená ze zdravotního pojištění prostřednictvím ústavní péče, tedy péče v nemocnicích a odborných léčebných ústavech. Do této péče jsou pacienti přijímáni obvykle na doporučení ošetřujícího lékaře, mohou však být přijati i bez takového doporučení. Do odborných léčebných ústavů jsou pacienti přijímáni vždy na základě doporučení ošetřujícího lékaře, toto ovšem neplatí při přijetí do psychiatrických léčen. Jde-li o dítě, mladší 6 let, může být současně s dítětem do ústavu přijat jeho doprovod, je-li přítomnost tohoto doprovodu celodenně nutná. V případě dítěte staršího 6 let musí pobyt doprovodu schválit revizní lékař pojišťovny.⁹²

Obecně tedy platí, že ze zdravotního pojištění jsou hrazeny zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, jestliže tyto služby odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.⁹³

⁹⁰ MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

⁹¹ tamtéž

⁹² tamtéž

⁹³ *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>

Ke službám hrazeným ze zdravotního pojištění patří:

- diagnostická a léčebná péče ambulantní i ústavní spolu s rehabilitacemi a péčí o chronicky nemocné,
- preventivní a dispenzární péče,
- poskytování léčebných přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
- doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů do smluvního zařízení, které je oprávněno poskytovat zdravotní péči či v případech, kdy to nezbytně vyžaduje zdravotní stav pacienta,
- lázeňská a lázeňská léčebně rehabilitační péče, je-li nezbytnou součástí léčebného procesu,
- odběry tkání či orgánů k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi, prevoz žijícího dárce do místa odběru a cesta zpět a doprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- pohotovostní zdravotnické služby,
- posudkové činnosti,
- závodní preventivní péče,
- prohlídka zemřelého pojištěnce, pitva a to včetně dopravy.⁹⁴

Z pojištění se také hradí péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, kdy matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem, v takovémto případě hradí poskytnutou péči pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů požádá zdravotnické zařízení.⁹⁵

⁹⁴ ZAVÁZALOVÁ, H. aj. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0467-1.

⁹⁵ BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8

Ze zdravotního pojištění naopak nejsou hrazena vyšetření, prohlídky a ostatní výkony, provedené v osobním zájmu osob, které nemají léčebný účel. Dále nejsou hrazena vyšetření a prohlídky vyžádané soudy, policií či jinými orgány.⁹⁶

Ze zdravotního pojištění jsou hrazeny zdravotní služby poskytnuté na území České republiky a též částky, které byly vynaloženy na neodkladnou zdravotní péči, jejíž potřeba nastala během pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky,⁹⁷ kdy pacient poskytnutou péčí v zahraničí uhradí a pojišťovna mu následně částku odpovídající poskytnuté péči v České republice refunduje. Pojištěnci není tato částka uhrazena v případě, kdy potřeba léčení nastala na území České republiky, a pojištěný vycestoval za léčbou do zahraničí.⁹⁸

V případě, že je možno poskytnout zdravotní péči ve více variantách umožňuje systém veřejného zdravotního pojištění výběr mezi základní variantou poskytování péče a ekonomicky náročnější variantou, přičemž tyto musí být označeny v prováděcích právních předpisech. Poskytovatel zdravotní péče je povinen pojištěnci nabídnout základní variantu a informovat ho o ekonomicky náročnější variantě a cenovém rozdílu mezi základní a ekonomicky náročnější variantou. Poskytovatel zároveň nesmí upřednostňovat pojištěnce, který si zvolil ekonomicky náročnější variantu.⁹⁹

⁹⁶ ZAVÁZALOVÁ, H. aj. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0467-1.

⁹⁷ *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>

⁹⁸ MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

⁹⁹ *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>.

4.7 Regulační poplatky

Regulační poplatky se platí zdravotnickému zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, přičemž tvoří příjem poskytovatele, který regulační poplatek vybral. Poskytovatel je povinen použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací.¹⁰⁰

Regulační poplatek ve výši 30 Kč je povinen hradit pojištěný za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření u lékaře poskytovatele v oboru všeobecného praktického lékařství, praktického lékařství pro děti a dorost, gynekologie a porodnictví nebo za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u lékaře poskytovatele v oboru zubního lékařství, návštěvu u lékaře poskytovatele specializované ambulantní péče, návštěvní službu poskytnutou lékařem poskytovatele v oboru všeobecného praktického lékařství a praktického lékařství pro děti a dorost, za návštěvu u klinického psychologa a za návštěvu u klinického logopeda.¹⁰¹

Poplatek ve výši 30 Kč je také pojištěný povinen uhradit za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely a počet předepsaných balení.¹⁰²

Poplatek ve výši 90 Kč hradí pojištěný za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství, poplatek za využití pohotovostní služby se neplatí, pokud dojde k následnému přijetí pojištěnce do lůžkové péče.

¹⁰⁰ *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>.

¹⁰¹ tamtéž

¹⁰² tamtéž

Pojištěný je povinen uhradit poplatek ve výši 100 Kč za každý den, ve kterém je pojištěnému poskytována lůžková péče včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče.¹⁰³

Celková výše regulačních poplatků hrazená pojištěným je omezena limitem ve výši 5000 Kč v úhrnné výši za kalendářní rok. V případě, že jde o osoby mladší 18 let a pojištěnce starší 65 let, činí tento limit 2500 Kč. Pokud celková částka hrazená pojištěným přesáhne stanovené limity, je pojišťovna povinna uhradit pojištěnci částku, o kterou je tento limit překročen.¹⁰⁴

Od plateb regulačních poplatků jsou osvobozeni pojištěnci umístění do dětských domovů, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo umístění k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením, dále pak pojištěnci umístění na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo pojištěnci svěřeni rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině.

Regulační poplatky nejsou hrazeny při ochranném léčení nařízeném soudem nebo při umístění pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem bez jeho souhlasu do lůžkové péče, vysloví-li s přípustností převzetí a dalšího držení pojištěnce v lůžkové péči souhlas soud nebo při výkonu zabezpečovací detence, dále při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu, jde-li o pojištěnce, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zvláštního právního předpisu, ne však starším 30 dnů. Poplatky nejsou rovněž hrazeny při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k

¹⁰³ *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>.

¹⁰⁴ tamtéž

odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantačního zákona.¹⁰⁵

Poplatky rovněž nehradí pojištěnci, jimž jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, pokud u těchto pojištěnců po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800 Kč nebo pokud nemá žádný příjem. Tuto skutečnost musí pojištěnci prokázat potvrzením, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb, ne však starším 30 dnů.¹⁰⁶

Regulační poplatek se neplatí, jde-li o:

- preventivní prohlídku,
- dispenzární péči poskytovanou osobám uvedeným výše,
- hemodialýzu,
- laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření,
- vyšetření lékařem transfúzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně,
- děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne.

Poplatek se neplatí rovněž při lůžkové péči o narozené dítě, ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení, ve kterém k porodu došlo, nebo z jiného zdravotnického zařízení, do kterého bylo dítě ze zdravotních důvodů bezprostředně po porodu převezeno.¹⁰⁷

¹⁰⁵ *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>.

¹⁰⁶ tamtéž

¹⁰⁷ tamtéž

5. Zdravotní péče v Anglii

Pro zdravotnictví Spojeného království Velké Británie a Severního Irska je typický systém Národní zdravotní služby, který téměř beze změn funguje již více než 60 let. Často se stává terčem kritiky, jak ze strany odborníků, tak také ze strany opozičních stran a stává se politickou hrou. Současná vláda se pokouší o jeho reformu, nalézt však efektivní řešení, které by navíc dokázala prosadit a provést tak radikální změny systému, zatím nedokázala.¹⁰⁸ V následujících kapitolách se podrobněji podíváme na historický vývoj tohoto systému a na jeho fungování.

5.1 Historický vývoj

Historický vývoj péče o zdraví se datuje k počátku 16. století, kdy byly sociální služby, jako péče o chudé, nemocné a seniory, poskytovány prostřednictvím náboženských řádů, klášterů, spolků a cechů. Za vlády krále Henryho VIII bylo mnoho z této péče zrušeno, změnu přinesla až vláda královny Alžběty I a založení prvních chudobinců, kde byla zdravotní péče těm nejpotřebnějším poskytována.¹⁰⁹

V 18. století dochází k dalšímu vývoji v péči o zdraví, kdy po vydání zákona o pracovních domech tzv. Workhouse Test Act sirem Edwardem Knatchbullem v roce 1723, bylo umožněno farnostem sdružovat se pro zakládání společných pracovních domů a nabízet finanční podporu, jídlo, oblečení a také zdravotní péči. Domy měly také možnost odmítat

¹⁰⁸ *Anglické zdravotnictví* [online]. Praha: iDNES.cz, 2012 [vid. 2013-04-08]. Dostupný z: <http://huntley.blog.idnes.cz/c/303417/Anglicke-zdravotnictvi.html>.

¹⁰⁹ *Historical development of personal health services and of public health* [online]. London: HealthKnowledge, 2009 [vid. 2013-04-08]. Dostupný z: <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/organisation-management/5d-theory-process-strategy-development/historical-development-personal-hsph>.

podporu chudým, kteří se do zařízení, jichž v první polovině 18. století existovalo v Anglii dvě stě, nechtěli nastěhovat.¹¹⁰

Na konci 18. a v průběhu 19. století začal probíhat postupný rozvoj lékařských věd a služeb, zvyšoval se počet lékařských pracovníků a zdravotnických zařízení. Nemocnice dobrovolného charakteru poskytovaly bezplatnou nemocniční péči pro chudé a handicapované občany, tato péče měla nejen humanitární význam, ale také význam veřejný, zejména díky skutečností, že na těchto pacientech byla demonstrována výuka a ověřovány léčebné postupy. Na druhou stranu majetnějším klientům v soukromé péči bylo účtováno relativně více, než odpovídalo ceně za takovéto služby, čímž se financovala nemocniční péče pro skupiny obyvatelstva, které ji potřebovali.¹¹¹

V roce 1848 se začal na základě Zákona o veřejném zdraví formovat komplexnější systém zdravotní péče. Díky zákonu se stal stát zodpovědným za stanovené standardy zdraví a kvalitu životního prostředí, přičemž plnění těchto standardů zajišťoval poskytováním finančních zdrojů lokálními vládám. Zákon zakládá instituci odpovědnou za vodovody a kanalizace, kvalitu potravin, odstranění odpadků apod. tzv. General Board of Health. Na veřejné zdraví je nahlíženo jako na následek životního prostředí obyvatel, než na výsledek medicínských pokroků. V roce 1875 byla dalším zákonem utvrzena legislativa veřejného zdraví a také vnesena určitá ucelenost do administrativy systému, díky rozdělení země na určité zdravotnické celky s lokálními zdravotnickými úřady, které měly za úkol lépe rozpoznat a uspokojovat potřeby obyvatel v daných oblastech.¹¹²

Zákonem o národním zdravotním pojištění (National Insurance Act) vyvrcholil prudký rozvoj medicínských služeb na počátku 20. století. Zákon zavedl využívání služeb praktických lékařů za pravidelné měsíční příspěvky pro dělnické profese a nízkopříjmové

¹¹⁰ JANÁK, D. *K historickým kořenům sociálního podnikání* [online]. 2010, [vid. 2013-04-08]. Dostupný z: socpo.vsp.cz/.../Janak-K-historickym-korenem-socialniho-podnikani...

¹¹¹ KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, 1. vyd. Praha: Eva Křížová, 1998. ISBN 80-2380-937-7.

¹¹² FEE, E., T. M. BROWN. *The Public Health Act of 1848* [online] 2005, [vid. 2013-04-08]. Dostupný z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626469/pdf/16302044.pdf>.

občany, tedy zaměstnance, kteří neplatili daň z příjmu. Byly zavedeny fondy zdravotního pojištění, do kterých povinně přispívali zaměstnanci, zaměstnavatelé i stát. Lékaři, kteří se účastnili tohoto systému, dostávali za každého registrovaného pacienta kapitační platby. Občané, kteří se nacházeli nad stanovaným limitem příjmů, platili poskytnutou zdravotní péči přímou platbou nebo si dobrovolně předpláceli zdravotní péči pro případ potřeby. Regulací systému byly nejdříve pověřeny čtyři pojišťovací výbory, v roce 1919 jejich funkci převzalo nově založené Ministerstvo zdravotnictví.¹¹³

Předválečná doba s sebou přinesla celou řadu problémů, začaly se projevovat systémové nedostatky, zdravotní péče byla nerovnoměrně rozložena, vyskytovala se spíše ve větších městech, pro mnoho občanů se zdravotní péče stala finančně nedostupnou, zdravotní pojištění krylo zhruba jen polovinu populace. Zdravotní pojištění nekrylo nemocniční péči, nemocnice se musely v důsledku nesoučinnosti správních orgánů, nemocnic a praktických lékařů vypořádávat s nedostatkem finančních prostředků, což způsobovalo, že kvalita zdravotní péče byla velmi různorodá.¹¹⁴

Během druhé světové války se pozornost vlády soustředila na válečné záležitosti, později se však vláda ocitla pod silným nátlakem odborů a labouristů, kteří považovali systém dávkově a administrativně za příliš složitý, protože do systému je přímo či nepřímo zapojeno sedm ministerstev. Pod tímto tlakem byl vytvořen výbor, který měl navrhnout změny stávajícího systému, jehož členem byl i William Henry Beveridge, spolupracující tehdy také s Johnem Maynardem Keynesem, který v prosinci roku 1942 vydal dnes již legendární zprávu, kde mimo jiné doporučil sjednocení všech druhů pojištění do jednoho systému sociálního zabezpečení, na němž by se podíleli pojištěnci, zaměstnavatelé a stát, přičemž součástí systému by měl být povinně každý pracující. Jednou z podmínek

¹¹³ KŇOURKOVÁ, P. Úloha státu ve zdravotnických systémech vybraných zemí. [Diplomová práce]. Brno: Masaríkova univerzita – Ekonomicko-správní fakulta, 2009.

¹¹⁴ KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, 1. vyd. Praha: Eva Křížová, 1998. ISBN 80-2380-937-7.

fungování celého systému bylo i vytvoření národní zdravotní služby, která měla všem pojištěncům poskytovat zdarma solidní zdravotní péči.¹¹⁵

Tato zpráva byla tehdejší vládou přijata s velkou nelibostí, zejména díky finanční náročnosti, aby však předseda vlády Winston Churchill zajistil udržení koaliční vlády, která se právě díky sporům v sociální oblasti otřásala v základech, přistoupil s krajní nechtí na některé sociální požadavky. Pokračování hlubší reformy však vláda odsouvala, argumentovala dále pokračujícími boji a nejistou situací po válce. Churchill ve svém projevu k občanům, kde se vyjadřoval k Beveridgeově zprávě, také naznačil, že se tehdejší vláda musí vyvarovat toho, aby sebe sama i své nástupce předčasně nezavázala k dalším státním výdajům, aniž by znala poválečnou situaci Velké Británie. Dále se v projevu soustředil na zdravotnictví a podpořil založení národní zdravotní služby. V roce 1944 byla vydána tzv. Bílá kniha o národní zdravotní péči, kde vláda v úvodu uvedla, že chce založit komplexní zdravotní službu pro každého občana země. Kniha však slibované změny nepřinesla a stala se jen jakýmsi kompromisem mezi labouristy a tehdejší vládou, návrhy se také staly terčem silné kritiky ještě dříve, než mohl systém začít fungovat.¹¹⁶

Důležitým mezníkem se stala výhra labouristů ve volbách po skončení války. Navzdory shodě z doby války, o vytvoření národní zdravotní služby, se stal boj o jejím zřízení nejkontroverznějším tématem, zejména díky Britské lékařské asociaci a lékařským odborům, jež požadovaly nezávislost na byrokratických rozhodnutích vlády a byly znepokojeny návrhy na umístění zdravotní péče pod kontrolu státu. Aneurinu Bevanovi, jenž byl za resort zdravotnictví odpovědný, se nakonec podařilo dosáhnout kýženého cíle, ačkoli byly nutné určité kompromisy týkající se zachování určité profesní autonomie.¹¹⁷

V roce 1946 nakonec byla přijata konečná verze reformy a rokem 1948 byl zahájen systém národní zdravotní služby. Základem systému se stal princip rovného zacházení, kdy každý

¹¹⁵ KOVÁŘ, M., J. SOUKUP, S. TUMIS. *Vznik a vývoj britského sociálního státu ve 40.-60. letech 20. století* [online] 2006, [vid. 2013-04-08]. Dostupný z: <http://usd.ff.cuni.cz/system/files/225-285%20Kov%20%3A%20%20Soukup,%20Tumis-%20Vznik%20a%20v%C3%BDvoj%202006.pdf>.

¹¹⁶ tamtéž

¹¹⁷ tamtéž

občan Velké Británie má, bez ohledu na jeho finanční situaci, nárok na stejný přístup ke všem zdravotním službám. Odpovědnost za fungování zdravotnictví přebírá stát, místní a dobrovolné nemocnice byly znárodněny. Zdravotnictví bylo financováno převážně z veřejných zdrojů, tedy z daní všech občanů země, další část tvořily příspěvky zaměstnanců a zaměstnavatelů na národní zdravotní pojištění. Praktickým lékařům bylo umožněno stát se nezávislými podnikateli uvnitř NHS a nemocniční specialisté si udrželi nad sjednáváním podmínek výkonu své služby kontrolu.¹¹⁸

Rok 1952 přinesl další významnou změnu, kdy pod tlakem neustále se zvyšujících nákladů na zdravotnictví, byly konzervativci zavedeny poplatky za lékařské předpisy a za zubní a oční ošetření. V rámci tzv. Hospital Plan mělo dojít k reorganizaci zdravotnictví, s cílem zjednodušení administrativy a zajištění přístupu k nejmodernějším zařízením jak pro lékaře, tak pro pacienty. Investiční výdaje sice vzrostly, ale postupně se ukázalo, že plánu jako celku nebylo dosaženo a nakonec od něj bylo ustoupeno.¹¹⁹

70. léta a nástup pravicové vlády přinesly vlnu veřejné kritiky a politických sporů ohledně fungování NHS. NHS měla v té době závažné nedostatky a problémy v kvalitě a poskytované péči. V čele vlády stála tehdy Margaret Thatcherová, která viděla řešení v zavedení zdravotního pojištění německého typu či uvolnění trhu zdravotnictví po vzoru USA. Díky názorům odborníků na malou výhodnost, ekonomickou a finanční náročnost a politickou nepřijatelnost byla nakonec nucena od takto zásadních změn ustoupit. Jako politicky nepřijatelné bylo také odmítnuto zvýšení příspěvků do NHS. Reformy se nakonec týkaly dílčích změn uvnitř stávající NHS a měly sloužit zejména k rozšíření větší konkurence mezi poskytovateli péče, podpoře soukromého zdravotního pojištění a připojištění, zkrácení čekacích lhůt a posílení role pacientů a praktických lékařů. V roce

¹¹⁸ KŇOURKOVÁ, P. Úloha státu ve zdravotnických systémech vybraných zemí. [Diplomová práce]. Brno: Masarikova univerzita – Ekonomicko-správní fakulta, 2009.

¹¹⁹ tamtéž

1973 vešel v platnost NHS Reorganisation Act, který měnil strukturu NHS a zavedl nové zdravotní úřady, rozčleněné do dvou úrovní.¹²⁰

V roce 1991 vstoupil v platnost Zákon o NHS a komunitní péči, jehož záměrem bylo především zavedení vnitřního trhu uvnitř NHS, čímž by vznikl prostor pro působení tržních mechanismů. I přes značný odpor, jež tento záměr vzbudil u široké veřejnosti i zdravotnických profesionálů, byly hlavní změny do systému implementovány. Postupem času se toto ukázalo jako krok špatným směrem, vláda nakonec svá stanoviska zmírnila a důraz na konkurenci a vnitřní trh byl ztlumen.¹²¹

V roce 2000 začal program zdravotnických reforem a byla podepsána nová smlouva se soukromým sektorem, jež povoluje privátním klinikám a nemocnicím poskytovat pacientům NHS až 150.000 procedur ročně. Reformy se zaměřují na nemocniční péči, posílení poskytovatelů a zavedení volby pro pacienty, zkrácení čekacích lhůt a zlepšení managementu zdrojů NHS. Snaha o lepší zacházení se zdroji je podpořena převodem veřejných nemocnic na příspěvkové organizace, zkrácení čekacích lhůt přinesla dohoda se soukromými zařízeními, jejichž kapacity mohou využívat i pacienti NHS. V roce 2008 došlo ke změně v přístupu pacientů ke zdravotní péči v podobě svobodné volby pacienta ohledně přístupu k sekundární péči, kdy si pacient může vybrat z jakéhokoli nemocničního zařízení splňujícího standardy NHS. Tato volba je zamezena v případě psychiatrické léčby a mateřství.¹²²

5.2 Struktura NHS

Odpovědnost za poskytování a rozvoj zdravotnických služeb leží v konečném důsledku na jednotlivých ministrech, tedy ministroví zdravotnictví v Anglii, ministroví zdravotnictví a společenské péče ve Skotsku, ministroví zdravotnictví a sociálních služeb pro Wales a

¹²⁰ KŇOURKOVÁ, P. Úloha státu ve zdravotnických systémech vybraných zemí. [Diplomová práce]. Brno: Masaríkova univerzita – Ekonomicko-správní fakulta, 2009.

¹²¹ tamtéž

¹²² tamtéž

ministři pro zdravotnictví, sociální služby a veřejnou bezpečnost pro Severní Irsko, jež jsou podporováni ministerstvem zdravotnictví v Anglii, ministerstvem zdravotnictví ve Skotsku, ředitelstvím NHS ve Walesu a ministerstvem zdravotnictví, sociálních služeb a veřejné bezpečnosti v Severním Irsku.¹²³

Každá země se rozhodla uspořádat svou Národní zdravotní službu odlišně. Společným tématem NHS v těchto zemích je přidělování významné části rozpočtu NHS místním organizacím, zejména fondům primární péče tzv. Primary Care Trusts či tzv. Health Boards, jež jsou odpovědné za plnění zdravotních potřeb ve svých oblastech. Klíčovým rozdílem je existence a přístup k vnitřnímu trhu v jednotlivých systémech a způsob nakupování služeb.¹²⁴ V práci se proto budeme dále zabývat anglickým systémem NHS.

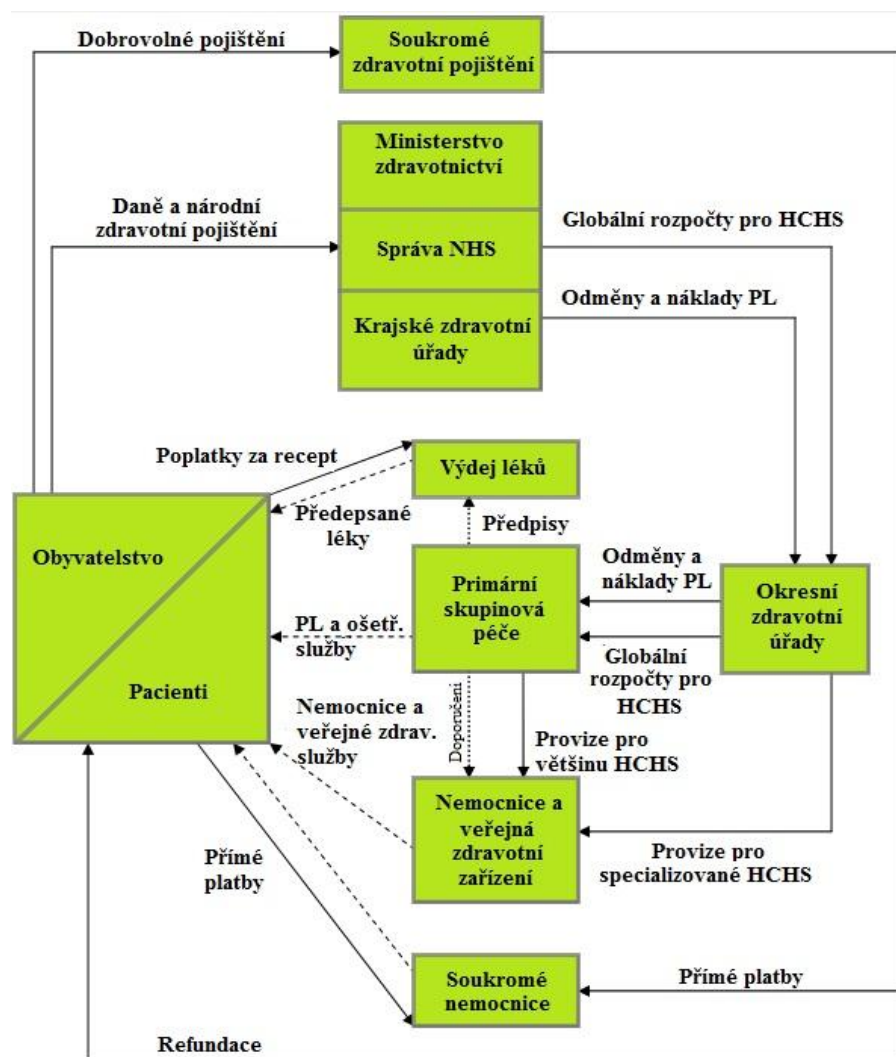
Organizace zdravotnictví má vertikální a hierarchickou strukturu, jež propojuje centrální úroveň s úrovněmi krajskými a místními. Jak již bylo výše uvedeno, nejvyšším orgánem je ministerstvo zdravotnictví, které je přímo odpovědné za tvorbu národní zdravotní politiky, přípravu legislativy a chod Národní zdravotní služby. Prostředky určené k financování NHS jsou přerozdělovány ze státního rozpočtu na nižší správní úrovně, tvořené kraji a okresy, podle míry sociální deprivace a demografických ukazatelů. Krajské zdravotní ústavy pak jako další řídicí stupeň zajišťují především fungování transfuzních stanic, záchranné služby, specializovaných klinik terciální péče apod. Další úroveň tvoří okresní zdravotní ústavy, které jsou plně kompetentní v organizaci zdravotní péče a přerozdělování zdrojů mezi zdravotnická zařízení. V současné době jsou nemocnice samosprávnými organizacemi, až do 90. let bylo však řízení nemocnic rovněž v kompetenci okresních zdravotních úřadů. Nemocnice jsou tedy správně i organizačně nezávislé na okresních úřadech a podléhají přímo zdravotní správě krajské a ministerstvu zdravotnictví.¹²⁵

¹²³ LI, S. *Health Care Financing Policies of Canada, the United Kingdom and Taiwan* [online]. Hong Kong: Research and Library Services Division, 2006 [vid. 2013-04-09]. Dostupný z: <http://www.legco.gov.hk/yr06-07/english/sec/library/0607rp02-e.pdf>.

¹²⁴ tamtéž

¹²⁵ ROKOS, P. *Hodnocení úhradového mechanismu poskytovatelů zdravotnické péče* [Diplomová práce]. Praha: Vysoká škola ekonomická – Fakulta managementu, 2007.

Strukturu a fungování zdravotnického systému NHS zachycuje následující schéma. Pod nepřerušovanými čarami jsou zobrazeny finanční toky mezi jednotlivými organizacemi, čáry čerchované zobrazují tok služeb a nakonec čáry tečkované představují určitá doporučení. Zkratka NHS ve schématu zachycuje pojem národní zdravotní služba, zkratka PL označuje praktické lékaře a zkratkou HCHS jsou označeny nemocnice a veřejné zdravotní služby.



Obrázek 3: Struktura zdravotnického systému NHS

Zdroj: ROKOS, P. Hodnocení úhradového mechanismu poskytovatelů zdravotnické péče¹²⁶

¹²⁶ ROKOS, P. Hodnocení úhradového mechanismu poskytovatelů zdravotnické péče [Diplomová práce]. Praha: Vysoká škola ekonomická – Fakulta managementu, 2007.

5.3 Financování systému

Financování zdravotní péče je zajištěno převážně z veřejných prostředků, které jsou získávány z daně z příjmů obyvatel, jež tvoří zhruba 80% zdrojů, dalším významným zdrojem financování jsou platby národního pojištění. Daně platí pouze osoby od určité výše příjmu, pro občany, jež jsou od daně osvobozeni, platí princip solidarity, neboť využívají zdravotní péči stejně jako plátcí daně.¹²⁷

Do fondu národního pojištění přispívají zaměstnanci, zaměstnavatelé i osoby samostatně výdělečně činné, přičemž daň z příjmu je daní progresivní a má čtyři pásma, která jsou každoročně upravována. Výši daňového zatížení pro finanční období 2012/2013 zobrazuje následující tabulka. V tabulce uvedená 10% daň se vztahuje pouze na příjmy z úspor.

Tabulka 2: Sazby daně z příjmu

| Sazba | 2012/2013 | 2013/2014 |
|----------------------|------------------|-------------------|
| 10% | £0-£2 710 | £0- £2 790 |
| 20% | £0-£34 370 | £0-£32 010 |
| 40% | £34 371-£150 000 | £32 011- £150 000 |
| 50% | Nad £150 000 | - |
| 45% od 6. dubna 2013 | - | Nad £150 000 |

Zdroj: GOV¹²⁸

Občané si mohou před zdaněním ze svého příjmu odečíst tzv. nezdanitelné minimum, tedy částku, která se odečítá od hrubého příjmu, aniž by se z této částky platila daň. Pokud je nezdanitelné minimum vyšší než dosažený příjem, neplatí občané žádné daně. Výše nezdanitelných minim pro daňové roky 2012/2013 a 2013/2014 zobrazuje následující tabulka.

¹²⁷ KONEČNÁ, J. Financování zdravotní péče v České republice s ukázkou modelů financování zdravotní péče ve vybraných zemích a judikaturou z této oblasti [Rigorózní práce]. Brno: Masarykova univerzita – Právnická fakulta, 2010.

¹²⁸ *Income Tax rates and allowances* [online]. London: HMRC - GOV, 2013 [vid. 2013-04-10]. Dostupný z: <<http://www.hmrc.gov.uk/rates/it.htm>>.

Tabulka 3: Nezdaničné minimum daně z příjmu fyzických osob

| Nezdaničné minimum DPFO | 2012/2013 | 2013/2014 |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Nezdaničné minimum | £8 105 | - |
| Nezdaničné minimum pro osoby narozené před 5. dubnem 1948 | - | £9 440 |
| Nezdaničné minimum pro osoby ve věku 65-67 let | £10 500 | - |
| Nezdaničné minimum pro osoby narozené mezi 6. dubnem 1938 a 5. dubnem 1948 | - | £10 500 |
| Nezdaničné minimum pro osoby ve věku 75 a více | £10 660 | - |
| Nezdaničné minimum pro osoby narozené před 6. dubnem 1938 | - | £10 660 |

Zdroj: HMRC¹²⁹

Platby národního pojištění jsou opět předmětem srážky z příjmu, výše příspěvku je dělena do 4 tříd. První třída obsahuje příspěvky zaměstnanců a zaměstnavatelů, druhá a čtvrtá třída obsahují příspěvky osob samostatně výdělečně činných a třetí třída obsahuje příspěvky osob nezaměstnaných dobrovolně se účastnících. Mezi osoby osvobozené od plateb do systému patří například děti do 16 let, studenti do 19 let, jestliže se účastní denní formy studia, ženy ve věku nad 60 let, muži nad 65 let věku, těhotné ženy a ženy do 1 roku po porodu. Systém je tedy systémem značně solidárním, jelikož je zajištěn stejný přístup ke zdravotní péči jak osobám placícím, tak osobám osvobozeným od plateb.¹³⁰

Odvody občanů do národního pojištění slouží nejen k financování zdravotní péče, ale také k vytvoření nároku na sociální dávky, včetně státních důchodů. Národní pojištění platí osoba, která:

- je starší 16 let,
- je zaměstnancem, a jejíž týdenní příjem je vyšší než 149 liber,
- je osobou samostatně výdělečně činnou, a jejíž roční zisk je vyšší než 5 725 liber, pokud tato osoba nedostala výjimku.

Přesná výše pojištění závisí na skutečném příjmu, bez ohledu na to, jedná-li se o osobu zaměstnanou nebo samostatně výdělečně činnou. Pojištění mohou občané platit také

¹²⁹ *Income Tax rates and allowances* [online]. London: HMRC - GOV, 2013 [vid. 2013-04-10]. Dostupný z: <<http://www.hmrc.gov.uk/rates/it.htm>>.

¹³⁰ KŇOURKOVÁ, P. Úloha státu ve zdravotnických systémech vybraných zemí. [Diplomová práce]. Brno: Masarykova univerzita – Ekonomicko-správní fakulta, 2009.

dobrovolně, pokud chtějí zamezit mezerám ve financování svého účtu národního pojištění a neriskovat tak, že ztratí nárok na některé sociální dávky.¹³¹

Výše národního pojištění zaměstnané osoby je placena s poplatkem do fondu národního pojištění a je strhávána a odváděna zaměstnavatelem. Výše pojištění činí:

- 12% z týdenního příjmu mezi 149 a 797 librami,
- 2% z každé částky převyšující týdenní příjem 797 liber.¹³²

V případě, že zaměstnanec dosahuje příjmu nižšího než 149 liber týdně, neplatí žádné odvody na pojištění.¹³³

Výši pojištění OSVČ zachycuje následující tabulka.

Tabulka 4: Výše Národního pojištění OSVČ

| Roční zisk | Třída 2 | Třída 4 |
|------------------|------------------------------|---------------------------------------------------|
| Méně než £5 725 | £0 v případě udělení výjimky | £0 |
| £5 725 - £7 555 | £2,70 týdně | £0 |
| £7 555 - £41 450 | £2,70 týdně | 9% ze zisku |
| Více než £41 450 | £2,70 týdně | 9% ze zisku do £41 450 a 2% z hodnoty nad £41 450 |

Zdroj: GOV¹³⁴

Pojištění přestávají platit zaměstnané osoby, pokud dosáhnou důchodového věku, osoby samostatně výdělečně činné:

- v případě 2. třídy, dosažením důchodového věku nebo po uplynutí 4 měsíců po splacení všech závazků,

¹³¹ *National Insurance - Overview* [online]. London: GOV, 2013 [vid. 2013-04-10]. Dostupný z: <https://www.gov.uk/national-insurance/overview>.

¹³² *National Insurance - How much National Insurance you pay* [online]. London: GOV, 2013 [vid. 2013-04-10]. Dostupný z: <https://www.gov.uk/national-insurance/how-much-national-insurance-you-pay>.

¹³³ *Velká Británie: Finanční a daňový sektor* [online]. Praha: Businessinfo.cz, 2012 [vid. 2013-04-10]. Dostupný z: <http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/velka-britanie-financi-a-danovy-sektor-19074.html>.

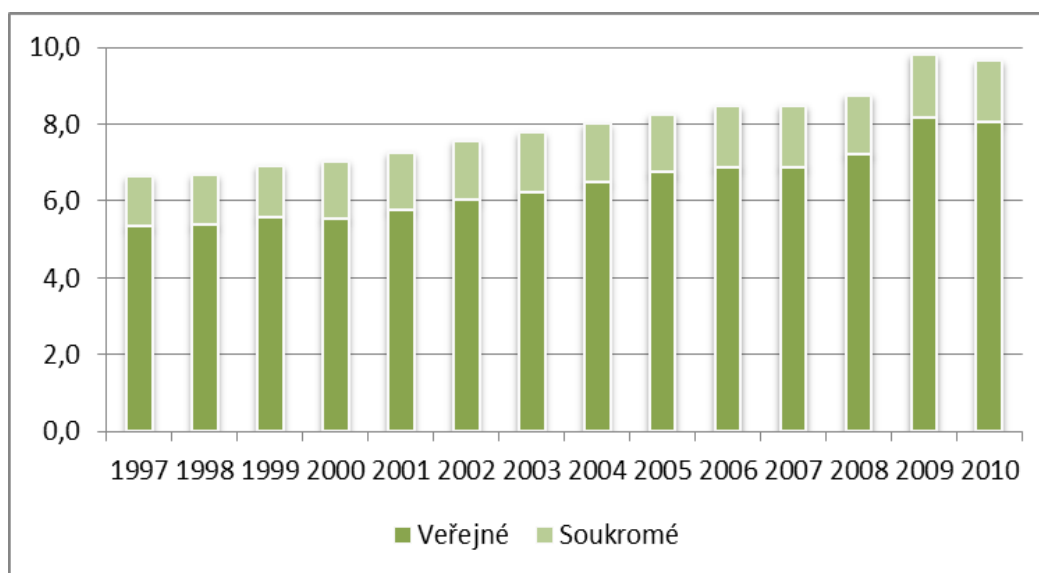
¹³⁴ *How much National Insurance you pay* [online]. London: GOV, 2013 [vid. 2013-04-10]. Dostupný z: <https://www.gov.uk/national-insurance/how-much-national-insurance-you-pay>.

- v případě 4. třídy, počátkem zdaňovacího období, následujícím po roce dosažení důchodového věku.¹³⁵

Prostřednictvím rozpočtového procesu jsou pak prostředky na účely zdravotní péče přidělovány jednotlivým poskytovatelům zdravotní péče, zejména pak na péči primární.

V současnosti se na financování zdravotní péče podílí i soukromé platby a to ve formě přímé úhrady nebo ve formě soukromého pojištění. Vznik soukromých pojišťoven byl následkem reformy pravicové vlády, jež měly zajistit snížení veřejných výdajů na zdravotnictví a posílení financování soukromými zdroji.¹³⁶

Strukturu financování zdravotní péče zobrazuje následující graf.



Obrázek 4: Financování zdravotní péče jako % HDP

Zdroj: Office for National Statistics¹³⁷

¹³⁵ *National Insurance - Overview* [online]. London: GOV, 2013 [vid. 2013-04-10]. Dostupný z: <https://www.gov.uk/national-insurance/overview>.

¹³⁶ KŇOURKOVÁ, P. Úloha státu ve zdravotnických systémech vybraných zemí. [Diplomová práce]. Brno: Masarykova univerzita – Ekonomicko-správní fakulta, 2009.

¹³⁷ *Expenditure on Healthcare in the UK 1997-2010* [online]. UK: Office for National Statistics, 2012 [vid. 2013-04-12]. Dostupný z: < http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_264293.pdf >.

Je zřejmé, že financování veřejnými zdroji tvoří zhruba 80 % prostředků, zbytek pak soukromé pojištění a přímé platby pacientů, které se na soukromých zdrojích podílejí zhruba stejným dílem. Z grafu je rovněž patrná rostoucí tendence celkových výdajů na zdravotní péči.

5.4 Poskytovatelé zdravotní péče

Základním článkem fungování celého systému jsou všeobecní rodinní praktičtí lékaři, kteří spolu s lékárníky, optiky, zubními lékaři, porodními asistentkami, okresními zdravotními sestrami, logopedy, fyzioterapeuty, chiropraktiky, dietology a poradci spadají do oblasti primární péče.¹³⁸ Praktičtí lékaři kontrolují a koordinují přístup pacientů ke specializované péči a jsou zodpovědní za péči preventivní. Rozsah činností praktického lékaře je mnohem obsáhlejší, než je obvyklé u systémů s vybudovanou ambulantní specializovanou péčí, často provádí gynekologická vyšetření, chirurgické zákroky drobného charakteru nebo se účastní porodu. Praktičtí lékaři jsou samostatně podnikající osoby, jež ke svému podnikání potřebují souhlas okresních zdravotních úřadů, které tak kontrolují rozsah a nabídku poskytované zdravotní péče ve svěřených oblastech.¹³⁹ Praktičtí lékaři uzavírají s úřady smlouvy o úhradě zdravotní péče, součástí smluv je také odměna za vyšší kvalitu poskytované zdravotní péče. Okolo 80% praktických lékařů se sdružuje do lékařských praxí nebo partnerství, často také pracují ve zdravotnických zařízeních, které nabízí lidem celou řadu zdravotnických služeb na jednom místě, aby tak mohli zajistit nepřetržitou lékařskou pomoc.¹⁴⁰ Takovéto sdružené spolky mají při určitém objemu registrovaných pacientů možnost přejít k rozpočtovému financování tzv. Fund-holding scheme a spravovat zvláštní fond. Záměrem k vytvoření takového schématu v primární sféře byla snaha o

¹³⁸ *The British Health and Welfare System* [online]. Poland: British Council, 2003 [vid. 2013-04-12]. Dostupný z: <http://www.fhv.umb.sk/app/cmsFile.php?disposition=a&ID=3140>.

¹³⁹ ROKOS, P. Hodnocení úhradového mechanismu poskytovatelů zdravotnické péče [Diplomová práce]. Praha: Vysoká škola ekonomická – Fakulta managementu, 2007.

¹⁴⁰ *The British Health and Welfare System* [online]. Poland: British Council, 2003 [vid. 2013-04-12]. Dostupný z: <http://www.fhv.umb.sk/app/cmsFile.php?disposition=a&ID=3140>.

vytvoření lepších podmínek pro poskytování kvalitnější a variabilnější péče.¹⁴¹ K dalším klíčovým odborníkům primární péče patří porodní asistentky, které pečují o ženy během těhotenství, porodu a 28 dní po narození dítěte, které jsou buď součástí nemocnic, nebo pracují přímo mezi lidmi. Chůvy či ošetrovatelky zajišťují zdraví v rodinách s dětmi a jsou zodpovědné za preventivní opatření. Jejich posláním je identifikovat zdravotní potřeby obyvatelstva na daném území a úzká spolupráce s dalšími odborníky NHS. Okresní zdravotní sestry pečují o občany v domovech nebo mimo nemocniční prostředí a rovněž zajišťují poradenství v oblasti podpory zdraví a vzdělání.¹⁴²

Specializovanou péči poskytují veřejné nemocnice, jejich součástí jsou i ambulance, poskytující péči na doporučení praktického lékaře nebo v případech akutní péče.¹⁴³ V 90. letech získaly nemocnice rozpočtovou samostatnost a staly se tzv. Foundation trusts. Každá nemocnice hospodaří se svým rozpočtem, do kterého vláda rozděluje finanční prostředky podle velikosti populace, jíž nemocnice poskytuje zdravotnické služby. Tato reforma přinesla do poskytování zdravotnických služeb určitý tržní princip. Nemocnice se tedy sami rozhodují, jak daný rozpočet využijí na základě poptávky po jejich službách a efektivnosti vynakládaných prostředků. Základní myšlenkou pro zavedení těchto trustů bylo přenesení rozpočtového rozhodování co nejbližší k lidem a současné zachování bezplatné zdravotní péče.¹⁴⁴

Existují však také vysoce specializované nemocnice zajišťující například transplantace srdce nebo jater či léčbu vzácných druhů rakoviny. Tyto nemocnice zahrnují obyvatelstvo

¹⁴¹ ROKOS, P. Hodnocení úhradového mechanismu poskytovatelů zdravotnické péče [Diplomová práce]. Praha: Vysoká škola ekonomická – Fakulta managementu, 2007.

¹⁴² *The British Health and Welfare System* [online]. Poland: British Council, 2003 [vid. 2013-04-12]. Dostupný z: <http://www.fhv.umb.sk/app/cmsFile.php?disposition=a&ID=3140>.

¹⁴³ ROKOS, P. Hodnocení úhradového mechanismu poskytovatelů zdravotnické péče [Diplomová práce]. Praha: Vysoká škola ekonomická – Fakulta managementu, 2007.

¹⁴⁴ KŇOURKOVÁ, P. Úloha státu ve zdravotnických systémech vybraných zemí. [Diplomová práce]. Brno: Masarykova univerzita – Ekonomicko-správní fakulta, 2009.

z více než jednoho okresu nebo regionu. Tyto nemocnice slouží rovněž jako výuková střediska nebo centra pro mezinárodní výzkum.¹⁴⁵

Během 70. let byl umožněn vstup americkým společnostem na britský trh, jež v současnosti spolu s britskými národními řetězci řídí ziskově orientované tedy privátní nemocnice¹⁴⁶, které zajišťují nadstandartní péči. Nadstandartní péče spočívá v kratších čekacích lhůtách, veřejné nemocnice mají s délkou čekacích lhůt problémy, v luxusnějším vybavení či v poskytování některé z lukrativnějších zdravotnických služeb. Péči v soukromých nemocnicích si pacienti hradí sami.¹⁴⁷

5.5 Práva a povinnosti pacientů

Služby pacientům NHS jsou obecně poskytovány zdarma a zahrnují přístup k místním službám, jako jsou praktičtí lékaři, nemocnice nebo kliniky. Existují však také výjimky a pacienti musí buď zcela, nebo částečně poskytnuté služby uhradit sami. Jde například o lékařské předpisy nebo návštěvu zubaře. Pacientům nesmí být služby NHS nikdy odepřeny kvůli rase, náboženskému vyznání, pohlaví, zdravotnímu postižení či sexuální orientaci. K závažným důvodům vedoucím k odepření přístupu ke službám NHS patří například urážlivé nebo násilné chování pacienta. Občané mají právo být léčeni na profesionální úrovni, náležitě kvalifikovanými a zkušenými pracovníky v řádně schválených a registrovaných organizacích, které splňují požadovanou úroveň bezpečnosti a kvality.¹⁴⁸

¹⁴⁵ *The British Health and Welfare System* [online]. Poland: British Council, 2003 [vid. 2012-04-12]. Dostupný z: <http://www.fhv.umb.sk/app/cmsFile.php?disposition=a&ID=3140>.

¹⁴⁶ KŇOURKOVÁ, P. Úloha státu ve zdravotnických systémech vybraných zemí. [Diplomová práce]. Brno: Masarykova univerzita – Ekonomicko-správní fakulta, 2009.

¹⁴⁷ ROKOS, P. Hodnocení úhradového mechanismu poskytovatelů zdravotnické péče [Diplomová práce]. Praha: Vysoká škola ekonomická – Fakulta managementu, 2007.

¹⁴⁸ *NHS Constitution – Interactive version* [online]. England: NHS, 2012 [vid. 2013-04-14]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/nhs-constitution-interactive-version-march-2012.pdf>.

Všichni pacienti, o které je pečováno prostřednictvím NHS mají právo rozhodovat o tom, jaké služby jim budou poskytovány. Pacienti mají právo na výběr ordinace, ve které se zaregistrují a v této ordinaci musí být pacienti také přijati. Pouze pokud existují závažné důvody k nepřijetí pacienta, např. naplněná kapacita, nemusí být pacient v ordinaci zaregistrován, v takovém případě musí být zájemce o registraci o tomto rozhodnutí a důvodech písemně informován. V případě, že pacient nemůže být zaregistrován, úřady NHS se snaží najít jinou variantu a pomocí informací o dostupných ordinacích a nabízených službách najít jinou vhodnou variantu.¹⁴⁹ Volbu mohou pacienti uplatnit také při preferenci konkrétního lékaře, který je součástí ordinace.¹⁵⁰

Pacienti mají právo na léky a ošetření, které doporučuje Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu (NICE) pro použití v NHS. Takovéto léky a postupy jsou určené na národní úrovni, lokální úřady mají povinnost tyto doporučené léky a léčbu hradit. Ve většině případů je však rozhodování o financování služeb a ošetření na lokálních úřadech, které tak jsou schopny poskytovat služby, které nejlépe vyhovují potřebám místního obyvatelstva. V případě, že se lokální úřady NHS rozhodnou některé léky či postupy nefinancovat a lékař shledá, že právě tento lék či ošetření je pro pacienta důležité, musí být úřady schopny zvážit, zda budou tyto služby individuálně financovat. Pacienti mají rovněž právo na očkovací vakcíny, jež doporučuje Výbor po očkování a imunizaci (JCVI) v rámci národního očkovacího programu.¹⁵¹

Dalším právem je možnost přijmout nebo odmítnout nabízenou léčbu, pacientovi nesmí být poskytnuto fyzické vyšetření nebo léčba bez platného souhlasu. V případě nesvéprávné osoby je zapotřebí souhlas osoby s legálním právem jednat za tuto osobu nebo musí být léčba v nejlepším zájmu pacienta. Za děti bez dostatečných znalostí rozhodují rodiče či

¹⁴⁹ *The NHS Constitution – Your rights to choose in NHS* [online]. UK: NHS choices, 2012. [vid. 2013-04-14]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Pages/Yourrightstochoose.aspx>.

¹⁵⁰ *NHS Constitution – Interactive version* [online]. England: NHS, 2012 [vid. 2013-04-14]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/nhs-constitution-interactive-version-march-2012.pdf>.

¹⁵¹ tamtéž

právní zástupci. V případě komplikovaných případů je u dětí a nesvéprávných osob dotázán soud.¹⁵²

Samozřejmostí je ochrana osobních údajů, pacient má také právo vědět o doporučované léčbě dopředu spolu se všemi riziky, které s sebou léčba přináší a právo na přístup ke svým vlastním zdravotnickým záznamům.

Pacientům musí být zdravotní péče poskytnuta během stanovených maximálních čekacích lhůt, v případě, že není možné tyto lhůty dodržet, NHS se všemi dostupnými prostředky snaží pacientovi nabídnout alternativního poskytovatele péče. Toto právo zaniká v případech, kdy:

- se pacient rozhodne čekat déle,
- je zpoždění zahájení léčby v klinickém zájmu, například kdy redukce kouření či hmotnosti přinese vyšší pravděpodobnost úspěchu léčby,
- je to vhodné z hlediska zdravotního stavu pacienta, například při aktivním sledování v sekundární péči bez klinického zásahu,
- se pacient nezúčastní schůzek, které si sám dle svých možností vybral,
- léčba již není nutná.

Tyto lhůty se nevztahují na nelékařské konzultace péče o duševní zdraví a porodní služby.¹⁵³

Občané se mohou také zúčastnit, a to buď přímo či v zastoupení, plánování zdravotnických služeb, návrhů změn ve způsobu, jakým jsou tyto služby poskytovány a při rozhodování, jež zdravotnické služby ovlivňují. V případě jakékoli stížnosti na fungování NHS je právem každého občana její efektivní a řádné vyšetření. V případě nespokojenosti

¹⁵² *NHS Constitution – Interactive version* [online]. England: NHS, 2012 [vid. 2013-04-14]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/nhs-constitution-interactive-version-march-2012.pdf>.

¹⁵³ tamtéž

s vyšetřováním skrze NHS je možné podat stížnost u nezávislého zdravotnického ombudsmana.¹⁵⁴

Britští pacienti mohou za zdravotní péči, dle nařízení ES č. 883/2004, dostupnou prostřednictvím komisaře NHS, který uzná, že je pacientovy potřeba poskytnout taková péče, která není v Británii dostupná a nemůže být poskytnuta bez zbytečného odkladu, vycestovat do jiné země evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarska. Zbytečným odkladem se rozumí klinické rozhodnutí hodnotícího lékaře o čekací době na ošetření nepřijatelné pro pacienta. Posouzení doby zbytečného odkladu je vždy posuzováno případ od případu a je průběžně přezkoumáváno, dokud je poskytována zdravotní péče. Pacient, v případě schválení léčby státním tajemníkem pro zdravotnictví, obdrží tzv. formulář E112, který ho opravňuje k poskytnutí zdravotní péče v dané zemi za stejných podmínek, jako jsou podmínky pro rezidenty dané země. V případě, že rezidenti za danou péči hradí dodatečné poplatky, jsou tyto poplatky požadovány i od britského pacienta, ten však může požádat o jejich proplacení NHS. Finanční prostředky při schválení léčby v zahraničí jsou poskytovány předem nebo jsou následně částečně či úplně proplaceny.¹⁵⁵

Podle článku 56 Smlouvy o ES, může britský pacient za účelem léčení cestovat také do zemí EHS (ne Švýcarska). V tomto případě jde o léčení, na které by měl pacient nárok u NHS, pacient se tak dobrovolně rozhodl opustit NHS a zvolit si jinou zemi k poskytnutí zdravotní péče. Ta bude poskytnuta podle tamějších pravidel, pacient musí nejprve péči uhradit a následně může požádat o částečné nebo úplné proplacení nákladů léčby.¹⁵⁶

Pokud pacient hledá mimonemocniční péči v cizí zemi, nemusí mít formální souhlas lokálního komisaře, v případě nemocniční péče, by se pacient na komisaře obrátit měl. Všeobecně se k získání povolení a následnému schválení žádosti o proplacení péče

¹⁵⁴ *NHS Constitution – Interactive version* [online]. England: NHS, 2012 [vid. 2013-04-14]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/nhs-constitution-interactive-version-march-2012.pdf>.

¹⁵⁵ tamtéž

¹⁵⁶ tamtéž

doporučuje předchozí projednání péče s komisařem, který by měl žádosti zvážit v souladu s pokyny ministerstva zdravotnictví tzv. „Patient Mobility“.¹⁵⁷

Základní povinností je uvědomění si, že každý člověk může sám významně přispět k dobrému zdraví a pohodě nejen vlastní, ale i své rodiny a je nutné za toto jednání převzít zodpovědnost.¹⁵⁸ Jak je uvedeno výše, praktiční lékaři tvoří jakýsi vstupní bod k dalším službám NHS, proto je povinností pacientů se u praktických lékařů zaregistrovat. Pacienti by se měli ke všem zaměstnancům a ostatním pacientům chovat s respektem a měli by brát na vědomí, že jakékoli obtěžování či narušování v prostorách NHS může vést k trestnímu stíhání.¹⁵⁹

Pacienti musí vždy uvádět pravdivé a nezkreslené informace o svém zdravotním stavu. Pokud existují důvody, které zamezují poskytování sjednaných zdravotnických služeb, měl by pacient tuto skutečnost nahlásit, aby mohlo být volného termínu využito pro jiného pacienta a nedocházelo tak ke zbytečnému prodlužování čekacích lhůt. Pacient by měl sledovat průběh svého léčení a v případě potíží se poradit s lékařem. Pacienti by se rovněž měli účastnit důležitých veřejných zdravotnických programů jako je například očkování, informace o těchto programech, jejich výhodách a rizicích, popřípadě dalších programech podává lékař, sestřičky či terapeuti. Pacienti by měli také zajistit, aby jejich nejbližší věděli o pacientových přáních ohledně dárcovství orgánů.

¹⁵⁷ *NHS Constitution – Interactive version* [online]. England: NHS, 2012 [vid. 2013-04-14]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/nhs-constitution-interactive-version-march-2012.pdf>.

¹⁵⁸ *The NHS Constitution – The NHS belongs to us all* [online]. UK: NHS choices, 2012 [vid. 2013-04-14]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Pages/Overview.aspx>.

¹⁵⁹ *NHS Constitution – Interactive version* [online]. England: NHS, 2012 [vid. 2013-04-14]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/nhs-constitution-interactive-version-march-2012.pdf>.

Pro orgány NHS je rovněž důležité, aby pacienti poskytovali zpětnou vazbu, ať již pozitivní či negativní, o zdravotní péči, léčbě a službách, které jim byly poskytnuty a to včetně veškerých nepříznivých účinků, které se například při léčbě objevily.¹⁶⁰

5.6 Poplatky za zdravotnické služby

Ačkoli mají obyvatelé Anglie zdravotní péči ze zákona zdarma, existuje několik služeb a nákladů, které musí uhradit přímo pacienti. Tyto platby se odvíjí v závislosti na tom:

- o jakou péči se jedná,
- jakou situaci jde.

Britští pacienti musí uhradit univerzální poplatek za každý recept. Od 1. dubna 2013 činí výše poplatku 7,85 liber¹⁶¹, bez ohledu na ceny léků, které se na daném receptu nachází.¹⁶² Pokud však pacient potřebuje několik předpisů po celý rok, může si koupit tzv. PPC (Prescription Prepayment Certificate), tedy jakési předplatné za tyto lékařské předpisy, tím pacient může ušetřit mnoho peněz. Za tříměsíční PCC zaplatí pacient 29,10 liber, v takovém případě se předplatné vyplatí, pokud bude pacient během těchto tří měsíců potřebovat čtyři a více položek. Cena ročního PPC činí 104,00 liber, pacient v tomto případě ušetří peníze, pokud bude během dvanácti měsíců potřebovat 14 či více položek.¹⁶³ Od placení tohoto poplatku jsou osvobozeni senioři nad šedesát let věku, těhotné ženy a ženy do roku po porodu, mladiství do šestnácti či osmnácti let, v případě, že jsou řádnými

¹⁶⁰ *NHS Constitution – Interactive version* [online]. England: NHS, 2012 [vid. 2013-04-14]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/nhs-constitution-interactive-version-march-2012.pdf>.

¹⁶¹ *When do I have to pay for NHS treatment?* [online]. UK: NHS choices, 2013 [vid. 2013-04-18]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/chq/Pages/888.aspx?CategoryID=68&SubCategoryID=154>.

¹⁶² HUNTLEY, L. *Anglické zdravotnictví* [online]. Velká Británie, 2012 [vid. 2013-04-18]. Dostupný z: <http://huntley.blog.idnes.cz/c/303417/Anglicke-zdravotnictvi.html>.

¹⁶³ *Help with health costs* [online]. UK: NHS choices, 2013 [vid. 2013-04-18]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx>.

studenty, pacienti trpící určitým onemocněním, pacienti v invalidním důchodu a všichni pacienti pobírající sociální dávky a jejich partneři. V rámci hospitalizace jsou pak veškeré léky poskytovány zcela zdarma. Zdarma je poskytována i antikoncepce a interrupce.¹⁶⁴

Britští občané musí rovněž hradit poskytovanou stomatologickou péči. Zubní péče je rozdělena do tří tarifních pásem, přičemž každému pásmu zákroků přísluší určitá výše poplatku. Výše poplatku v prvním pásmu stomatologického vyšetření činí 18 liber a zahrnuje:

- klinické vyšetření, poradenství, zprávy,
- ortodontické posouzení a zprávy,
- poradenství, diagnostiku a plánování léčby,
- rentgen,
- odlitky zubů,
- barevné fotografie,
- poradenství v oblasti předcházení budoucím problémům (strava a pokyny pro čištění),
- použití tmelů nebo fluoridových přípravků na povrchu zubů,
- korekce výplní,
- odběr vzorků buněk nebo tkání z úst k vyšetření,
- nastavovací protézy nebo ortodontické aparáty (např. rovnátka),
- ošetření cementem.

Při neodkladném stomatologickém ošetření, uhradí pacient náklady ve výši 17,50 liber.

Výše poplatku ve 2. pásmu stomatologických ošetření činí 49 liber, pokrývá veškeré úkony uvedené v pásmu jedna, navíc:

- nechirurgickou léčbu paradentózy (těžká forma onemocnění dásní),

¹⁶⁴ HUNTLEY, L. *Anglické zdravotnictví* [online]. Velká Británie, 2012 [vid. 2013-04-18]. Dostupný z: <http://huntley.blog.idnes.cz/c/303417/Anglicke-zdravotnictvi.html>.

- chirurgickou léčbu paradentózy,
- náplně,
- tmelové výplně,
- léčbu kořenových kanálků,
- odstranění zubní dřeně (měkké tkáně ve středu zubu),
- resekce kořenového hrotu (odstranění hrotu kořene zubu),
- odstranění zubů,
- chirurgickou implantaci zubů,
- ústní chirurgii (např. odstranění cyst),
- chirurgii měkkých tkání úst,
- vyhlazení a repase zubních protéz,
- doplňování zubních protéz,
- dlahování uvolněných zubů například po nehodě nebo v důsledku paradentózy.

Poplatek ve 3. pásmu stomatologického ošetření činí 214 liber a zahrnuje veškeré úkony uvedené v pásmech jedna a dvě a navíc:

- dýhy a palatinální dýhy (nové plochy pro horní nebo dolní zub),
- korunky,
- můstky,
- umělý chrup,
- ortodontickou léčbu a zařízení (např. rovnátka),
- další zakázkové aplikace.

Úpravy jako jsou dýhy a rovnátka jsou k dispozici pouze NHS, pokud pro ně existuje klinická potřeba, nikoliv z kosmetických důvodů.¹⁶⁵

¹⁶⁵ *What is included in each NHS dental band charge?* [online]. UK: NHS choices, 2013 [vid. 2013-04-18]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/chq/Pages/nhs-dental-band-charges.aspx>.

V případě, že bude pacient potřebovat do dvou měsíců od ukončení stomatologické léčby další zákrok stejného pásma nebo nižšího, nemusí platit nic navíc. Po dvou měsících, pak musí pacient zaplatit další poplatek příslušného pásma.¹⁶⁶

Poplatek není nutné hradit:

- při opravách zubních náhrad,
- při odstraňování stehů,
- pokud je lékař nucen zastavit ztrátu krve,
- pokud lékař pouze vypisuje recept.

Stomatolog by měl pacientovi poskytnout osobní plán léčby, dříve než zahájí léčbu z druhého nebo třetího pásma. Tento plán obsahuje údaje o léčbě a částku, kterou bude pacient muset za plánované služby uhradit. Pacient se s tímto plánem seznámí a opatří ho svým podpisem.¹⁶⁷

Od placení poplatků za stomatologickou péči jsou osvobozeni mladiství do 18 popř. 19 let, v případě, že se účastní denního studia, těhotné ženy a ženy do jednoho roku po porodu, pacienti v invalidním důchodu a pacienti pobírající veškeré sociální dávky. Poplatky se také nehradí, pokud je péče poskytnuta při hospitalizaci nemocničním lékařem.¹⁶⁸

Ze soukromých zdrojů pacientů jsou také hrazeny oční testy. Nárok na bezplatnou zkoušku zraku financovanou z NHS mají mladiství ve věku do 16 let, popř. 17 nebo 18 let při denním studiu, osoby nad 60 let věku, osoby registrované jako slabozraké (zrakově postižené) nebo slepé (těžce zrakově postižené), dále osoby s diagnostikou diabetu či zeleného zákalu, osoby nad 40 let věku, jejichž matka, otec, bratr, sestra, syn nebo dcera

¹⁶⁶ *What is included in each NHS dental band charge?* [online]. UK: NHS choices, 2013 [vid. 2013-04-18]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/chq/Pages/nhs-dental-band-charges.aspx>.

¹⁶⁷ tamtéž

¹⁶⁸ *Who is entitled to free NHS dental treatment in England?* [online]. UK: NHS choices, 2012 [vid. 2013-04-18]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/chq/Pages/1786.aspx?CategoryID=74&SubCategoryID=742>.

byli diagnostikováni se zeleným zákalem či osoby pobírající jakékoli sociální dávky.¹⁶⁹ Nárok na bezplatný optický voucher, jež pokrývá náklady na brýle nebo kontaktní čočky, mají mladiství do 16 let, popř. 17 nebo 18 let při denním studiu a osoby pobírající jakékoli sociální dávky. V obou případech jsou také z poplatků osvobozeni vězni propuštěni na propustku z vězení.¹⁷⁰

¹⁶⁹ *Am I entitled to a free NHS eye test?* [online]. UK: NHS choices, 2012 [vid. 2013-04-18]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/chq/Pages/895.aspx?CategoryID=68&SubCategoryID=157>.

¹⁷⁰ *Am I entitled to an NHS optical voucher?* [online]. UK: NHS choices, 2012 [vid. 2013-04-18]. Dostupný z: http://www.nhs.uk/chq/Pages/am-i-entitled-to-an-nhs-optical-voucher.aspx?*ID=68&SubCategoryID=157.

6. Solidarita a ekvivalence v systémech

Z výše uvedených charakteristik a nastavení obou systémů by se mohlo na první pohled zdát, že jde o systémy dosti solidární, všichni odvádí státu určitou část svých příjmů, v případě veřejného zdravotního pojištění v České republice, pak za určité skupiny občanů tyto prostředky odvádí stát, v případě NHS jsou pak od placení těchto odvodů některé skupiny obyvatel osvobozeny, přesto mají všichni nárok na tentýž rozsah poskytovaných zdravotních služeb. Je to tedy takto skutečně doopravdy? Projevuje se v systémech princip ekvivalence nebo je součástí pouze doplňkových forem pojištění? Abychom byli schopni určit, zdali a v jaké míře se v systémech zdravotní péče principy vyskytují, je nutné nejprve identifikovat skutečnosti zakládající vznik těchto principů. Pro zachycení solidárnosti systémů bude pro nás důležitý pohled na solidaritu z jejího horizontálního hlediska, tedy jako solidaritu mezigenerační, solidaritu mezi bohatými a chudými a solidaritu zdravých s nemocnými. Chceme-li zjistit úroveň solidárnosti mezi bohatými a chudými, zaměstnanými a nezaměstnanými či mezi jednotlivými generacemi, musíme se bezesporu zaměřit na způsob financování zdravotní péče, neboť nastavení způsobu jakým je zdravotní péče financována, jaká je míra finanční zátěže občanů či jaké skupiny osob se financování účastní, ovlivňuje vzájemnou součinnost občanů k zajištění fungování těchto systémů. Nástrojem zajištění vzájemné solidarity mezi zdravými a nemocnými je pak způsob, jakým je poskytovatelům zdravotnických služeb hrazena poskytovaná zdravotní péče. Pokud si pacienti tuto péči hradí sami nebo je hrazena z individuálních účtů, nevzniká žádný prostor pro vzájemnou spolupráci pacientů, nástrojem zakládajícím vzájemnou solidaritu je pak existence společných fondů, kde jsou kumulovány veškeré prostředky občanů, ze kterých je následně poskytnutá zdravotní péče hrazena. Existují rovněž nástroje, které solidaritu omezují a dávají prostor vzniku určitému zásluhovému principu, kdy jsou pacienti nuceni vynaložit určité dodatečné úsilí či peněžní prostředky, za něž je jim následně zdravotní péče poskytnuta. Následující kapitoly identifikují způsoby, jimiž jsou tyto principy v České republice a v Anglii prosazovány a na základě analýzy dostupných dat tyto způsoby zajišťování solidarity a ekvivalence vzájemně porovnávají.

6.1 Solidarita

Pro systém českého veřejného zdravotního pojištění i systém britské NHS je charakteristický přístup k potřebné zdravotní péči pro veškeré obyvatelstvo bez ohledu na věk, schopnosti za péči zaplatit či zdravotní stav. Systémy se shodují i v principu, podle kterého jsou vybírány finance na jejich fungování. V obou systémech přispívají občané do společného fondu nikoli podle toho, kolik zdravotní péče potřebují, ale podle schopnosti platit určitou část ze svých příjmů, tím je v systémech zabezpečena solidarita bohatých s chudými. V českém systému, jak již bylo uvedeno výše, jde o zdravotní pojištění, odváděné z dosaženého příjmu, lze tedy říci, že se jedná o jakousi zdravotní daň z příjmu. Anglický systém je většinou financován z části daní obecných tvořených rovněž daněmi z příjmů. Čím vyšší má občan příjem, tím více do systémů odvádí. Oproti České republice, kdy je stanoveno pevné procento, které je z příjmu na zdravotní péči odváděno, je v britském systému tato mezipříjmová solidarita ještě podpořena silně progresivním zdaněním příjmů, jež je patrné z tabulky 2.

6.1.1 Financování

Kritériem pro posouzení vzájemné solidarity mezi bohatými s chudými může být zřejmě počet a struktura osob účastnících se financování těchto systémů. Tento počet můžeme odvodit z následující tabulky, jež zachycuje celkový přehled pojištěnců veřejného zdravotního pojištění v České republice, výdaje zdravotních pojišťoven za jednotlivé věkové kategorie a počty ekonomicky aktivních osob, zahrnujících zaměstnané osoby, OSVČ, nezaměstnané a ženy na mateřské dovolené, a ekonomicky neaktivních osob, jež pod sebou zahrnují nepracující důchodce, osoby s vlastním zdrojem obživy, žáky a studenty, osoby v domácnosti, děti předškolního věku a ostatní závislé osoby.

Tabulka 5: Celkový přehled pojištěnců, ekonomicky aktivních a neaktivních osob a výdajů zdravotních pojišťoven za rok 2011 v České republice

| Věk | Počet pojištěnců podle věku a pohlaví | | Výdaje na zdravotní péči v mil. Kč podle věku a pohlaví | | Zaměstna ní, OSVČ | Ženy na MD | Nezaměs tnání | Ekono micky neaktivní |
|-------------------|------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|---------------|------------------|-----------------------------|
| | Muži | Ženy | Muži | Ženy | | | | |
| 00-04 | 302 351 | 289 772 | 5 321 | 4 475 | - | - | - | 1 488 928 |
| 05-09 | 251 457 | 237 970 | 2 639 | 2 094 | - | - | - | |
| 10-14 | 233 158 | 220 255 | 2 403 | 2 168 | - | - | - | |
| 15-19 | 287 672 | 272 559 | 2 658 | 3 074 | 18 987 | 576 | 21 613 | 450 365 |
| 20-24 | 336 265 | 321 371 | 2 608 | 3 465 | 262 184 | 11 151 | 76 135 | 237 754 |
| 25-29 | 339 989 | 338 712 | 3 077 | 4 735 | 462 116 | 31 653 | 61 113 | 83 318 |
| 30-34 | 432 667 | 406 311 | 4 159 | 6 240 | 586 730 | 37 605 | 61 556 | 105 369 |
| 35-39 | 452 503 | 428 991 | 4 806 | 6 312 | 669 407 | 12 874 | 58 923 | 77 009 |
| 40-44 | 360 430 | 339 628 | 4 558 | 5 188 | 555 925 | 1 610 | 48 193 | 40 036 |
| 45-49 | 355 900 | 338 814 | 5 450 | 6 123 | 551 996 | 100 | 50 313 | 38 786 |
| 50-54 | 330 095 | 323 543 | 6 831 | 7 082 | 505 738 | - | 54 304 | 53 487 |
| 55-59 | 366 880 | 377 741 | 10 392 | 9 515 | 447 279 | - | 55 921 | 179 076 |
| 60-64 | 350 857 | 387 448 | 13 045 | 11 435 | 100 764 | - | 11 041 | 509 547 |
| 65-69 | 259 505 | 311 552 | 12 182 | 11 669 | 7 895 | - | - | 476 791 |
| 70-74 | 167 848 | 223 936 | 9 187 | 9 815 | 2 308 | - | - | 358 572 |
| 75-79 | 120 246 | 186 885 | 7 433 | 9 574 | 1 180 | - | - | 297 514 |
| 80-84 | 80 004 | 151 515 | 5 114 | 8 360 | 611 | - | - | 119 415 |
| 85+ | 42 657 | 112 146 | 2 824 | 6 846 | 364 | - | - | 151 779 |
| Celkem | 5 070 483 | 5 269 147 | 104 687 | 118 169 | nezjištěno | | | |
| | | | | | 4 926 | 142 | 837 | 10 605 |
| Celkový součet | 10 339 630 | | 222 856 | | 4 580 714 | 95 709 | 5 284 782 | |

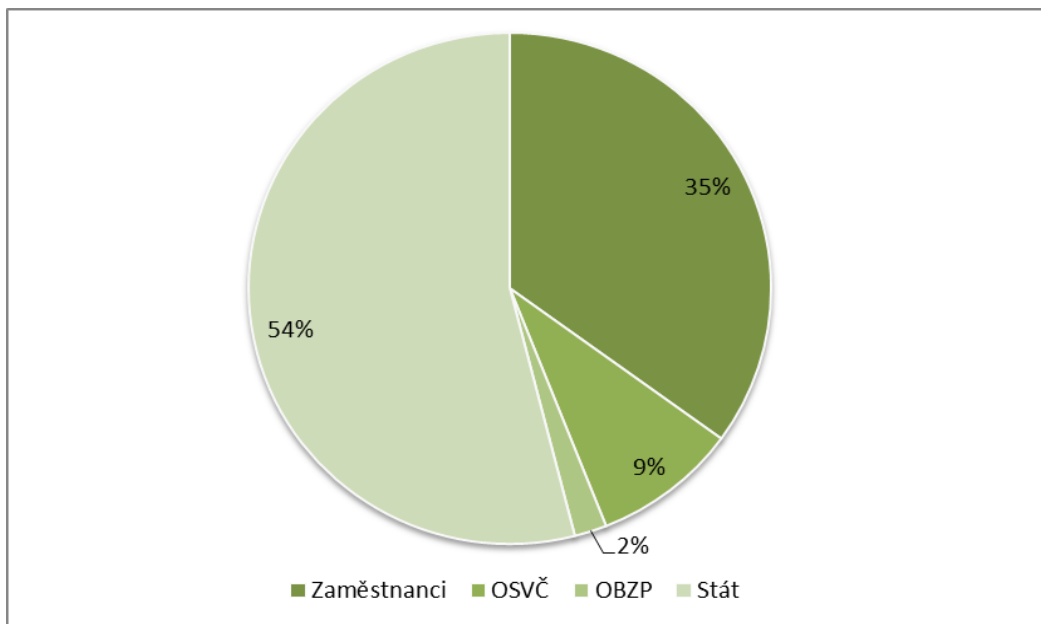
Zdroj: Zpracováno z dat CZSO¹⁷¹

Vezmeme-li v úvahu výše uvedenou strukturu plátců veřejného zdravotního pojištění a podmínky, za nichž se za určité skupiny obyvatel stává plátcem zdravotního pojištění stát, je z tabulky patrné, že při takovéto struktuře obyvatelstva zajišťuje financování veřejného zdravotního pojištění z vlastních příjmů více než 4,5 mil. zaměstnaných osob a OSVČ,

¹⁷¹ Výsledky zdravotnických účtů 2010–2011 – Výdaje zdravotních pojišťoven [online]. Praha: CZSO, 2013 [vid. 2013-04-20]. Dostupný z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AEC/\\$File/330613k3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AEC/$File/330613k3.pdf),

Výsledky zdravotnických účtů 2010–2011 – Příloha č. 8 Počet pojištěnců podle věku a pohlaví [online]. Praha: CZSO, 2013 [vid. 2013-04-20]. Dostupný z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AF1/\\$File/330613t8.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AF1/$File/330613t8.pdf).

které tvoří dohromady přibližně 44 % všech pojištěnců. Za zbylou část pojištěnců odvádí zdravotní pojištění stát. Toto rozdělení je rovněž patrné z následujícího grafu.

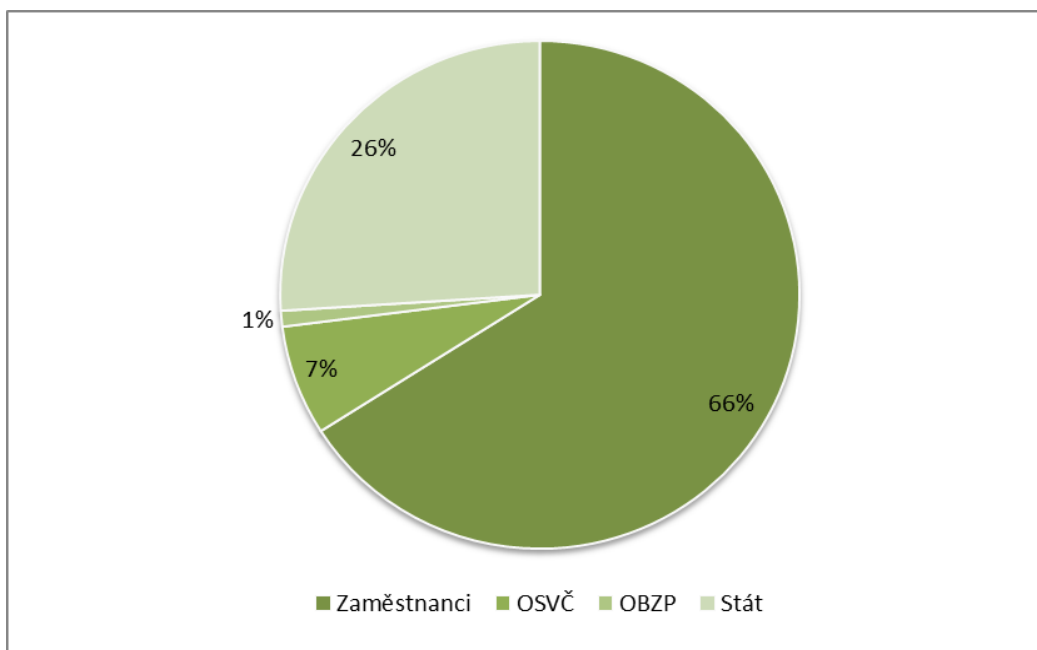


Obrázek 5: Rozdělení počtu pojištěnců v ČR

Zdroj: VZP¹⁷²

Graf č. 5 naznačuje rozdělení účastníků veřejného zdravotního pojištění, kdy zaměstnanci a OSVČ tvoří 44 % pojištěnců, za 54 % pojištěnců odvádí pojistné stát a zbylá 2 % jsou tvořena osobami bez zdanitelných příjmů. Zaměstnané osoby a OSVČ však svými platbami zdravotního pojištění zajišťují více než 73 % příjmů rozpočtu veřejného zdravotního pojištění. Tato skutečnost je patrná také z grafu č. 6.

¹⁷² Změny v platbě zdravotního pojištění od 1. ledna 2013 [online]. Praha: VZP, 2013 [vid. 2013-04-20]. Dostupný z: <<http://www.vzp.cz/platci/aktuality/zmeny-v-platbe-zdravotniho-pojisteni-od-1-ledna-2013>>.



Obrázek 6: Rozdělení dle příjmů z pojištěnců v ČR
Zdroj: VZP¹⁷³

Za téměř 5,4 mil. obyvatel je tedy plátcem stát, tyto osoby neodvádí ze svých soukromých zdrojů žádné finance do rozpočtu veřejného zdravotního pojištění, přesto však mají zaručen stejný přístup ke zdravotní péči jako osoby, jež jsou plátcí zdravotního pojištění. Tento vynucený stav současného veřejného zdravotního pojištění v České republice bezesporu zajišťuje vysokou solidaritu mezi bohatými a chudými. K této skutečnosti se rovněž váže fakt, že bohatí nemají možnost ze systému veřejného zdravotního pojištění vystoupit a účastnit se pojištění soukromého, jako je tomu například v Německu, míra přerozdělování příjmů je tak vysoká.

Počet obyvatel Spojeného království Velké Británie a Severního Irska činil podle statistických dat v roce 2011 více jak 63 milionů obyvatel. Obyvatelstvo Anglie tvoří většinu z tohoto počtu a čítá přes 53 milionů. Složení obyvatelstva podle věkových skupin a pohlaví zobrazuje následující tabulka č. 6.

¹⁷³ Změny v platbě zdravotního pojištění od 1. ledna 2013 [online]. Praha: VZP, 2013 [vid. 2013-04-20]. Dostupný z: <<http://www.vzp.cz/platci/aktuality/zmeny-v-platbe-zdravotniho-pojisteni-od-1-ledna-2013>>.

Tabulka 6: Přehled obyvatel za rok 2011 v Anglii

| Věk | Muži | Ženy | Věk | Muži | Ženy |
|---------|-----------|-----------|----------------|------------|------------|
| 0 – 4 | 1 698 171 | 1 620 278 | 55 – 59 | 1 481 745 | 1 515 247 |
| 5 – 9 | 1 521 271 | 1 451 361 | 60 – 64 | 1 557 140 | 1 615 137 |
| 10 – 14 | 1 577 011 | 1 503 918 | 65 – 69 | 1 217 965 | 1 290 189 |
| 15 – 19 | 1 706 618 | 1 633 647 | 70 – 74 | 967 953 | 1 076 176 |
| 20 – 24 | 1 810 404 | 1 784 917 | 75 – 79 | 755 703 | 913 642 |
| 25 – 29 | 1 820 536 | 1 830 345 | 80 – 84 | 519 650 | 739 123 |
| 30 – 34 | 1 754 903 | 1 754 318 | 85 – 89 | 275 459 | 500 852 |
| 35 – 39 | 1 765 582 | 1 783 534 | 90 a více | 108 109 | 295 708 |
| 40 – 44 | 1 923 441 | 1 962 493 | Celkem | 26 069 148 | 26 943 308 |
| 45 – 49 | 1 919 758 | 1 960 057 | Celkový součet | 53 012 456 | |
| 50 – 54 | 1 687 729 | 1 712 366 | | | |

Zdroj: Zpracováno z dat Office for National Statistics¹⁷⁴

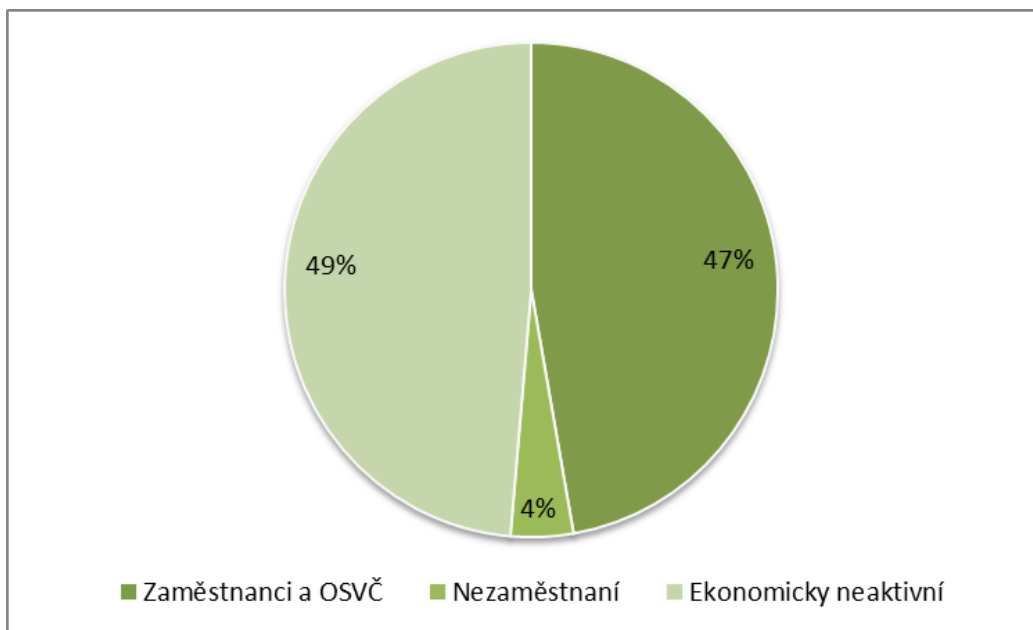
Podíváme-li se na složení obyvatelstva v Anglii, zjistíme, že více než 10 mil. obyvatel, tedy téměř 20 %, tvoří skupina ekonomicky neaktivních ve věku 0 až 15 let, tato skupina obyvatel do zdravotního systému neodvádí žádné poplatky. Z dostupných statistických dat pak celkový počet ekonomicky neaktivních osob, které se neúčastní financování systému prostřednictvím odvodů daní z příjmů, činí více jak 25 milionů¹⁷⁵, tedy téměř 50 % všech obyvatel Anglie. Celkový počet ekonomicky aktivních osob činí více jak 27 mil., z nichž je více jak 25 mil. zaměstnaných, zbylé 2 mil. tvoří osoby nezaměstnané.¹⁷⁶ Protože zdravotnický systém financují prostřednictvím daní z příjmů pouze osoby zaměstnané nebo samozaměstnané, přičemž musí dosahovat alespoň minimálního příjmu pro účast v systému, je tedy financování závislé na méně než ½ obyvatel.

Tyto skutečnosti zachycuje pro přehlednost následující graf, ze kterého je patrné, že zaměstnané osoby a OSVČ tvoří 47 % obyvatel, 49 % tvoří ekonomicky neaktivní osoby a zbylá 4 % tvoří osoby nezaměstnané.

¹⁷⁴ *Office for National Statistics* [online]. UK: ONS-GOV, 2013 [vid. 2013-04-28]. Dostupné z: <<http://www.ons.gov.uk/ons/index.html>>.

¹⁷⁵ *Regional Labour Market: H100 - Headline LFS Indicators for All Regions* [online]. UK: ONS-GOV, 2013 [vid. 2013-04-28]. Dostupné z: <<http://www.ons.gov.uk/ons/taxonomy/index.html?nscl=Labour+Market#tab-data-tables>>.

¹⁷⁶ tamtéž



Obrázek 7: Složení obyvatelstva Anglie podle ekonomické aktivity

Zdroj: vlastní zpracování

Zatímco tedy český systém zdravotnictví financuje 44 % obyvatel, jež zajišťují 73 % finančních prostředků, a zbytek zabezpečují státní dotace, anglický systém financuje zhruba 47 % obyvatel, kteří zajišťují jeho plné financování v rámci daní z příjmů a odvodů národního pojištění. Nutno však podotknout, že další příjem anglické NHS mohou tvořit daně obecné. Omezíme-li se však na přímé financování daněmi z ekonomické aktivity a platbami národního pojištění, jsou oba systémy díky takto nastaveným podmínkám, kdy méně než $\frac{1}{2}$ obyvatel zajišťuje prostředky k fungování systémů a více jak $\frac{1}{2}$ občanů čerpá zdravotní péči, aniž by se účastnila jejího financování, značně solidární.

Z hlediska vzájemné solidarity je rovněž významné identifikovat skupiny obyvatelstva, které nejčastěji čerpají zdravotní péči. Z výše uvedených údajů je možné usoudit, že největšími spotřebiteli zdravotní péče jsou osoby ve věku od 60 let, tedy těsně před koncem aktivního života a v postproduktivním věku, jež tvoří více než $\frac{1}{5}$ obyvatelstva obou zemí, přičemž na tuto skupinu obyvatel připadá téměř polovina výdajů na zdravotní péči. Z hlediska výdajů jsou významnou skupinou rovněž novorozenci a děti do 4 let věku. Významným prvkem spotřeby zdravotní péče je pak sociální status obyvatel, sociálně slabší vrstvy obyvatel jsou obecně náchylnější k nemocem a to se také projevuje na zvýšené potřebě zdravotní péče. Jsou to tedy především osoby, za které hradí pojistné stát,

v případě České republiky, a osoby, které do zdravotnického systému neodvádí daně, ani platby národního pojištění, v případě Anglie, které nejvíce čerpají zdravotní péči.

Ačkoli se jedná o dva různé přístupy k zabezpečování finančních zdrojů zdravotnickým systémům, kdy jsou na jedné straně finanční zdroje získávány prostřednictvím plateb pojistného veřejného zdravotního pojištění a na straně druhé především prostřednictvím daní, způsob, jakým jsou tyto prostředky získávány, neovlivňuje výši solidarity, ta je dána především samotnou konstrukcí zmíněných odvodů a složením obyvatelstva, spolu s ekonomickou situací země, která se projevuje v míře nezaměstnanosti nebo např. ve stanovení důchodového věku.

6.1.2 Stanovení minimálního a maximálního vyměřovacího základu

Omezujícím parametrem pro vzájemnou mezipříjmovou solidárnost, v rámci financování systémů zdravotnictví, je stanovení minimálního a maximálního vyměřovacího základu. Jsou-li tyto limity stanoveny, omezují míru rozdělování důchodů a tím i princip solidarity.

Minimálním vyměřovacím základem je pro zaměstnané osoby v České republice minimální mzda, jež činí 8 000 Kč, nejnižší pojistné zaměstnanců tedy pro rok 2013 odpovídá 1 080 Kč za měsíc. Minimální vyměřovací základ pro OSVČ činí dvacetinásobek poloviny průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Průměrná mzda je pro rok 2013 stanovena na 25 884 Kč, minimální vyměřovací základ pro všechny měsíce roku 2013 odpovídá tedy 12 942 Kč a minimální výše zálohy na pojistné je rovna 1 748 Kč.¹⁷⁷ Pokud je skutečný vyměřovací základ nižší než minimální vyměřovací základ, jsou zaměstnanci v českém systému povinni doplatit zdravotní pojišťovně prostřednictvím svého zaměstnavatele pojistné ve výši 13,5 % z rozdílu těchto základů a OSVČ odvést pojistné odpovídající minimálnímu vyměřovacímu základu.

¹⁷⁷ *Změny v platbě zdravotního pojištění od 1. ledna 2013* [online]. Praha: VZP, 2013 [vid. 2013-04-20]. Dostupný z: <<http://www.vzp.cz/platci/aktuality/zmeny-v-platbe-zdravotniho-pojisteni-od-1-ledna-2013>>.

Maximální vyměřovací základ se podle nového § 3d zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, nepoužije pro rozhodná období, která nastala v letech 2013 až 2015. Maximální vyměřovací základ představující 72násobek průměrné mzdy pro zaměstnance i OSVČ, je však platný pro příjmy za rok 2012. V roce 2012 činil maximální vyměřovací základ 1 809 864 Kč, nejvyšší možná záloha na pojistné tak odpovídá 20 361 Kč. OSVČ budou tuto maximální zálohu platit naposledy za kalendářní měsíc předcházející měsíci, ve kterém podají nebo by měly podat Přehled za rok 2012. Poté se bude záloha počítat podle skutečných příjmů, tedy nebude omezena horní hranicí.¹⁷⁸

Vyměřovacím základem pro státem placené pojistné zůstává částka 5 355 Kč, stanovená od 1. 1. 2010 přímo v zákoně o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Výše pojistného za osoby, za něž platí pojistné stát, činí pro rok 2013 tedy 723 Kč. Pojistným osob bez zdanitelných příjmů je nadále 1 080 Kč měsíčně, neboť vyměřovací základ tvoří minimální mzda, která zůstává ve výši 8 000 Kč.¹⁷⁹

Zaměstnanci a OSVČ v Anglii nemají stanoveny žádné limity pro odvod daně z příjmu, její výše tedy odpovídá skutečně dosaženému příjmu, který si však občané mohou snížit o nezdanitelné minimum, aniž by z této částky odváděli daně. Pro platby národního pojištění jsou pak stanoveny limity, které, na rozdíl od systému českého, mezipříjmovou solidaritu ještě více podporují. Pokud zaměstnanec nedosáhne příjmu, který je vyšší než 149 liber týdně, neodvádí žádné platby národního pojištění. Pokud zaměstnanci dosahují týdenního příjmu mezi 149 a 797 librami, odvádí z tohoto příjmu na národní pojištění 12 %. Dosahují-li zaměstnanci příjmu vyššího než 797 liber týdně, odvádí navíc ještě 2 % z částky nad tento limit. Také OSVČ ve druhé třídě, nedosahují-li ročního zisku alespoň 5 725 liber, neodvádí žádné platby národního pojištění, od tohoto limitu pak 2,70 liber týdně. V případě čtvrté třídy pak OSVČ nedosahující příjmu do 7 555 liber neodvádí žádné pojistné, pokud dosahují ročního příjmu mezi 7 555 a 41 450 librami, odvádí 9 % ze zisku

¹⁷⁸ *Změny v platbě zdravotního pojištění od 1. ledna 2013* [online]. Praha: VZP, 2013 [vid. 2013-04-20]. Dostupný z: <<http://www.vzp.cz/platci/aktuality/zmeny-v-platbe-zdravotniho-pojisteni-od-1-ledna-2013>>.

¹⁷⁹ tamtéž

a pokud je jejich roční příjem vyšší než 41 450 liber, odvádí na pojištění 9 % ze zisku do 41 450 liber a 2 % z částky nad tuto hodnotu. Maximální vyměřovací základy nejsou v britském systému stanoveny.

Mezipříjmová solidarita je v České republice omezena stanovením minimálního vyměřovacího základu, který však neznamena, že osoba, která tohoto příjmu nedosahuje je osvobozena od plateb zdravotního pojištění, naopak, dosahuje-li příjmu nižšího, je nucena rozdíl mezi skutečně vypočtenou výší pojistného a pojistného odpovídajícího minimálnímu vyměřovacímu základu doplatit. Horní hranice příjmu, ze které se zdravotní pojištění odvádí, je od tohoto roku odstraněna, tímto krokem došlo k posílení redistribuce příjmů a tedy i solidarity mezi bohatými a chudými, do konce roku 2012 tomu takto nebylo a solidarita byla ještě více omezena. Anglický systém naopak žádné limity nestanovuje a výše odvodu odpovídá dosaženému příjmu. Osoby s nízkými příjmy, jež nedosahují alespoň výše nezdánitelného minima, nejsou daňovou povinností zatíženy vůbec. Tento krok solidaritu mezi příjmovými skupinami ještě více posiluje a lze tedy říci, že anglický systém je v otázce stanovení limitů pro odvod pojistného či daní nastaven solidárněji, než je tomu u systému českého.

6.1.3 Spoluúčast pacientů

Faktorem omezujícím mezipříjmovou solidaritu a také solidaritu mezi zdravými a nemocnými je rovněž spoluúčast pacientů, jež jako univerzálně stanovaný poplatek zasahuje především nemocné z nízkopříjmových vrstev obyvatel. V České republice je tato spoluúčast pacientů zastoupena ve formě regulačních poplatků, tedy poplatků za návštěvu u lékaře, pohotovostní služby, poplatků za předepsaný recept, poplatků za každý den lůžkové péče a v neposlední řadě také doplatků za některé částečně hrazené léky a léčivé přípravky. Podle současného ministra zdravotnictví je spoluúčast pacientů na evropské poměry nízká, přesněji řečeno je uváděno, že je jednou z nejnižších v zemích OECD¹⁸⁰, nutno však podotknout, že jsou často uváděny zdroje zavádějící, nepřesné nebo nejsou

¹⁸⁰ *Spoluúčast pacientů* [online]. Praha: TOP09 [vid. 2013-04-21]. Dostupný z: <<http://www.top09.cz/proc-nas-volit/politika/zdravotnictvi/spoluucast-pacientu-6606.html>>.

uváděny vůbec. Dle dostupných dat WHO zveřejněných za rok 2012 o soukromém financování zdravotní péče a spoluúčasti pacientů pro rok 2009 činí financování soukromými zdroji v České republice 16 % ve vztahu k celkovým výdajům na zdravotní péči. Z těchto 16 % je 90 % tvořeno spoluúčastí pacientů, skutečná výše spoluúčasti českých pacientů na financování zdravotní péče činí tedy přibližně 14,4 %. Data dostupná z WHO pro Českou Republiku a vybrané země obsahuje následující tabulka.

Tabulka 7: Soukromé financování zdravotní péče a spoluúčast ve vybraných zemích

| | Soukromé výdaje na zdravotní péči jako % z celkových výdajů | Přímá úhrada jako % ze soukromých výdajů | Spoluúčast |
|-----------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------|
| Česká republika | 16,00% | 90,00% | 14,40% |
| Německo | 23,10% | 56,60% | 13,07% |
| Rakousko | 22,30% | 64,70% | 14,43% |
| Slovensko | 34,30% | 89,40% | 30,66% |
| Polsko | 27,70% | 80,60% | 22,33% |
| Velká Británie | 15,90% | 62,00% | 9,86% |
| Francie | 22,10% | 33,10% | 7,32% |

Zdroj: WHO¹⁸¹

Z údajů je patrné, že výše spoluúčasti ve srovnání se sousedními státy není jednou z nejnižších, nižší skutečně hrazené výdaje pacienty jsou např. v Německu, ve Francii nebo také ve Velké Británii, více naopak vynaloží pacienti na Slovensku či v Polsku.

Finanční spoluúčast pacientů v Anglii je zastoupena především univerzálními poplatky za recept, stomatologickou péčí a za oční testy, které musí pacienti rovněž hradit ze svých soukromých zdrojů. Soukromé výdaje na zdravotní péči činí přibližně 16 %, z nichž je 62 % tvořeno přímou úhradou pacientů, skutečná výše spoluúčasti tak dosahuje 9,86 %.

Srovnáme-li britský systém se všeobecným zdravotním pojištěním v České republice, pacienti ve Velké Británii se na spolufinancování zdravotní péče podílejí v menší míře než je tomu u pacientů českých. Solidárnost mezi bohatými a chudými a rovněž mezi zdravými a nemocnými je tedy opět podpořena více v systému britské NHS.

¹⁸¹ *World Health Statistics 2012* [online]. France: WHO, 2012 [vid. 2013-04-21]. Dostupný z: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf>.

6.1.4 Nadstandardní péče

Otázkou při zkoumání solidárnosti systémů také zůstává zavedení dvoucestného systému, kdy je možné si připlatit za nadstandardně poskytnuté služby. Od ledna 2012 si pacienti v České republice mohou připlatit za 18 nadstandardních výkonů, devět se týká lehčích sáder, dva lepších čoček při operaci šedého zákalu a sedm očkování. Od června 2012 je pak možné si za příplatek vybrat lékaře k operaci či porodu. Pacient hradí rozdíl mezi péčí standardně poskytovanou a zvolenou dražší variantou, zbytek hradí pojišťovny z veřejného zdravotního pojištění. Seznam nadstandardů má být každoročně rozšiřován, pro rok 2013 však k žádnému rozšíření nedošlo. Ministerstvo zdravotnictví obdrželo od lékařů pouze návrh 3 zákroků, které by mohlo do seznamu zařadit, původně však bylo plánováno rozšíření až o 70 položek. Problémem není jen přístup lékařů, ale také ústavní stížnost na zákon, který nadstandardy zavádí a rovněž samotná definice nadstandardu. Sami pacienti o nadstandardní péči zájem příliš neprojevují. Podle nemocnic ze všech krajů je zájem malý, lidé si přejí zejména komfortně vybavené pokoje, takováto možnost však již byla pacientům poskytována před tímto reformním krokem. Podle odhadů ministerstva zdravotnictví se za nadstandardy v první polovině loňského roku vybralo 30 až 40 milionů korun, což je při spotřebě zdravotnictví kolem 250 mld. korun ročně zanedbatelná částka.¹⁸² Výnosy z nadstandardů tak představují pouze zlomek příjmů nemocnic a jejich hospodaření v podstatě neovlivňují. Nutno podotknout, že princip solidarity je také zasažen odlišně stanovenými cenami za tyto nadstandardní služby v jednotlivých zdravotnických zařízeních, liší se jak ceny čoček, sáder, tak i pokojů,¹⁸³ pacientům tedy není zajištěn stejný přístup ke zdravotnickým službám. Ilustraci problému nastiňuje následující tabulka srovnání cen odlehčených fixací předloktí v nemocnicích v Libereckém kraji, z níž jsou patrné značné rozdíly, které čekají pacienty při návštěvě některé z nemocnic v regionu. Zatímco v Semilech pacient uhradí za odlehčenou sádku 175 Kč, v Jilemnici za sádku odlehčeného typu zaplatí téměř 3,5krát tolik, tedy 600 Kč.

¹⁸² *Malá poptávka po nadstandardech* [online]. Praha: ČTK, 2013 [vid. 2013-04-25]. Dostupný z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mala-poptavka-po-nadstandardech-469507>>.

¹⁸³ tamtéž

Tabulka 8: Ceny odlehčené fixace předloktí v Libereckém kraji

| Nemocnice | Odlehčená sádra předloktí |
|--------------------------------------------|--------------------------------|
| Nemocnice v Semilech | 175 Kč |
| Krajská nemocnice Liberec | Nezjištěno |
| Masarykova městská nemocnice v Jilemnici | 600 Kč |
| Panochova nemocnice Turnov, s.r.o. | 300 Kč |
| Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s. | 340 Kč + cena materiálu + 20 % |
| Nemocnice Frýdlant s.r.o. | 1 role (10 cm) 300 Kč |
| Nemocnice Tanvald | 300 Kč |
| Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. | Nezjištěno |

Zdroj: Vlastní zpracování z internetových stránek nemocnic

Problematicke nadstandardní péče se budeme dále věnovat v rámci principu ekvivalence, jehož nositelem se nadstandardně poskytovaná zdravotní péče stala.

6.1.5 Čekací lhůty

Čekací lhůty ovlivňují přístup pacientů ke zdravotní péči, jsou-li příliš dlouhé nebo jsou-li stanoveny nerovnoměrně a pacientům není zajištěn rovnocenný přístup, poskytují tyto lhůty prostor pro postranní platby pacientů, které jim umožní jejich obejít. Diference mezi čekacími lhůtami jsou pak také prvkem, který omezuje solidaritu mezi pacienty v rámci různých regionů.

Oba systémy se přitom s problémy v nerovnoměrné dostupnosti zdravotní péče a vysokými rozdíly v čekacích lhůtách na zdravotnické zákroky potýkají, zejména britský systém je pověstný svými dlouhými čekacími lhůtami na neakutní zdravotnické výkony. Dne 29. 8. 2012 vláda České republiky schválila jednu z dalších částí zdravotnické reformy týkající se časové a místní dostupnosti zdravotní péče. Toto nařízení vymezuje nepřekročitelné geografické a časové limity poskytování péče, jež musí být pacientům zaručeny zdravotními pojišťovnami. Stanovuje tak maximální lhůty pro poskytování neakutních výkonů a vymezuje minimální síť pokrytí poskytovateli z hlediska dojezdové doby. Takto stanovené maximální lhůty a dostupnost péče mají zvýšit solidárnost systému veřejného zdravotního pojištění. Plánované hrazené služby musí být pacientovi poskytnuty ve lhůtě, která je lékařsky odůvodnitelná a vychází z objektivního lékařského posouzení zdravotního stavu pojištěnce, anamnézy a pravděpodobného průběhu nemoci, bolestivosti nebo povahy pacientova onemocnění. Lhůtu časové dostupnosti stanovuje ošetřující zdravotnický pracovník, který plánovanou hrazenou službu indikoval, v rámci sestavení individuálního

léčebného postupu, přičemž lhůta nesmí překročit lhůtu stanovenou pro tuto plánovanou hrazenou službu.

Tabulka 9: Plánované hrazené služby se lhůtou časové dostupnosti

| Plánované hrazené služby | Lhůta časové dostupnosti, kterou nelze překročit |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Náhrada kyčelního kloubu | 52 týdnů |
| Náhrada kolenního kloubu | 52 týdnů |
| Artroskopie | 8 týdnů |
| Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony | 8 týdnů |
| Echokardiografie | 10 týdnů |
| Operace katarakty | 30 týdnů |
| Endoskopické vyšetření | 4 týdny |
| Denzitometrie | 16 týdnů |
| Skiografie a sonografie | 2 týdny |
| Počítačová tomografie | 3 týdny |
| Magnetická resonance | 5 týdnů |
| Mamografické vyšetření | 6 týdnů |
| Zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy | 4 týdny |

Zdroj: Portál veřejné správy¹⁸⁴

Tabulka č. 9 zobrazuje maximální vyhláškou stanovené čekací lhůty pro jednotlivé zdravotnické výkony. K podpoře tvrzení o různých čekacích lhůtách je uvedena tabulka č. 10 obsahující lhůty pro vykonání totální endoprotézy kolene u vybraných pracovišť v České republice. Z předchozí tabulky je zřejmé, že maximální možná lhůta pro uskutečnění tohoto výkonu činí dle nařízení č. 307/2012 Sb. 52 týdnů. Stanovené lhůty jsou však zatím pouze jakýmsi teoretickými lhůtami a nemocnice je v praxi příliš nedodržují. To ostatně dokládají i údaje v tabulce, z nichž je patrné, že na operaci kolenního kloubu čekají pacienti v ostravské nemocnici více než 2,5krát delší dobu. Nemocnice argumentují nedostatkem finančních prostředků od pojišťoven, potřebou dodržet rozpočtová omezení a také počtem nasmlouvaných zákroků se zdravotními

¹⁸⁴ Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. [online]. Praha: PVS, 2012 [vid. 2013-04-25]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=78241&recShow=4&nr=307~2F2012&rpp=100#parCnt>>.

pojišťovnami. Vyhláška tedy zatím naplňována není a v blízké době se její plnění ani neočekává.¹⁸⁵

Tabulka 10: Čekací lhůty na provedení totální endoprotézy kolene vybraných zdravotnických zařízení v ČR

| Zdravotnické zařízení | Čekací lhůty na výkon |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Nemocnice na Homolce | 2 měsíce |
| Krajská nemocnice v Liberci | 3 měsíce |
| Nemocnice Sokolov | 6 měsíců |
| Nemocnice na Bulovce | 8 měsíců |
| Fakultní nemocnice Plzeň | 9 měsíců |
| Fakultní nemocnice Hradec Králové | 10 měsíců |
| Úrazová nemocnice v Brně | 1 rok |
| Slezská nemocnice v Opavě | 1 rok a 1 měsíc |
| Fakultní nemocnice Brno | 1 rok a 6 měsíců |
| Fakultní nemocnice Ostrava | 2 roky a 6 měsíců |

Zdroj: Cekacidoby.cz¹⁸⁶

Pokud pacienti nemohou nebo kvůli bolesti nechtějí čekat, musí za výkony navštívit jiná zdravotnická zařízení, která jsou schopna výkony uskutečnit v kratších dobách. Pacienti se v takovém případě mohou obrátit na zdravotní pojišťovnu, která může pomoci najít jiné zařízení, kde se dočkají operace dřív. Na stejný výkon čekají pacienti nejméně v pražské nemocnici na Homolce, 2 měsíce, limit stanovaný vyhláškou splňuje ještě Úrazová nemocnice v Brně, Slezská nemocnice v Opavě a fakultní nemocnice v Brně a Ostravě tyto lhůty značně překračují. Pacienti si tak na zlepšení přístupu ke zdravotní péči, zejména k neakutním výkonům, ještě počkají.

Ačkoli je britský systém NHS známý svými dlouhými čekacími lhůtami, v posledních několika letech docházelo k jejich radikálnímu snižování, od ledna 2009 se dokonce pacienti dočkali slibovaného snížení čekacích lhůt labouristickou vládou, maximální čekací lhůta tak činí pouhých 18 týdnů. Díky této změně pravidel NHS mají pacienti zaručený přístup ke zdravotním službám v rámci maximálních čekacích dob. Pokud nastane situace,

¹⁸⁵ *Lidé musí čekat na operace déle, než vyhláška povoluje. Někdy i tři roky* [online]. Praha: Idnes.cz, 2013 [vid. 2013-04-26]. Dostupný z: <http://zpravy.idnes.cz/cekaci-doba-na-operace-v-cr-090-/domaci.aspx?c=A13_0120_200345_domaci_ert>.

¹⁸⁶ *Totální endoprotéza kolene* [online]. Praha: Čekacidoby.cz, 2013 [vid. 2013-04-26]. Dostupný z: <<http://www.cekacidoby.cz/index.php?p=cekaci-doby&kraj=0&zakrok=13>>.

kdy tento maximální limit nemůže být splněn, nabízí NHS řešení v podobě nabídky řady vhodných alternativních poskytovatelů zdravotní péče. Při urgentních stavech, jako je například podezření na rakovinu, mají britští pacienti dokonce právo být vyšetřeni a léčeni ještě rychleji. Pokud praktický lékař předloží naléhavé doporučení, činí tato maximální lhůta dva týdny. Čekací lhůty se mezi nemocnicemi v Anglii rovněž liší, na rozdíl od českého ministerstva zdravotnictví však britské ministerstvo pravidelně délku těchto lhůt eviduje a zajišťuje tak pro pacienty maximálně transparentní a aktuální data týkající se nejen porovnání čekacích dob na jednotlivé úkony ve všech zdravotnických zařízeních, ale poskytují rovněž např. data o počtu provedených úkonů daného typu či průměrnou dobu rekonvalescence a pobytu v nemocnici. Data jsou sledována zvlášť pro ambulantní nemocnice a zvlášť po lůžkovou péči. Pacienti tedy skutečně nemusí čekat déle jak 18 týdnů, pouze v případě pokud je odložení vhodné z medicínských důvodů nebo se pacient sám rozhodl termín oddálit nebo vyšetření či léčbu zrušit, čekací doby se mohou prodloužit.¹⁸⁷

Tabulka 11: Čekací lhůty na provedení totální endoprotézy kolene vybraných zdravotnických zařízení v Anglii

| Zdravotnické zařízení | Čekací lhůty na výkon |
|-----------------------------------------|-----------------------|
| City Hospital Birmingham | 4 týdny |
| The Royal Liverpool University Hospital | 5 týdnů |
| Guy's Hospital Londýn | 8 týdnů |
| Manchester Royal Infirmary | 8 týdnů |
| Royal Orthopaedic Hospital Birmingham | 11 týdnů |
| Salford Royal | 11 týdnů |
| John Radcliffe Hospital Oxford | 11 týdnů |
| King's College Hospital Londýn | 12 týdnů |
| Ellesmere Port Hospital Whitby | 14 týdnů |
| King's Mill Hospital Nottinghamshire | 14 týdnů |
| Good Hope Hospital Birmingham | 17 týdnů |

Zdroj: NHS choices¹⁸⁸

¹⁸⁷ *Guide to waiting times* [online]. London: NHS choices, 2012 [vid. 2013-04-26]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/choiceinthenhs/rightsandpledges/waitingtimes/pages/guide%20to%20waiting%20times.aspx>.

¹⁸⁸ *Results for Knee replacement* [online]. London: NHS choices, 2013 [vid. 2013-04-26]. Dostupný z: <http://www.nhs.uk/ServiceSearch/Hospital/LocationSearch/7/Procedures?procedure=Kneereplacement>.

Pro srovnání je opět uvedena tabulka s čekacími lhůtami na totální endoprotézu kolene v některých zdravotnických zařízeních v Anglii. Z tabulky je patrné, že žádné ze zdravotnických zařízení nepřekračuje povolené maximální čekací lhůty, jako je tomu v České republice, nejméně čekají pacienti ve Městské nemocnici v Birminghamu, nejdéle si pak pacienti počkají v Nemocnici dobré naděje.

Ačkoli je britský systém svými čekacími lhůtami pověstný, uvedené údaje nemohou tuto skutečnost ve srovnání se systémem v České republice potvrdit, spíše ji vyvracejí. Navzdory prosazení maximálních čekacích lhůt českém ministerstvem zdravotnictví, není použito žádných donucovacích prostředků k jejich plnění a mnoho zdravotnických zařízení tyto lhůty nedodrжуje, zatímco britské ministerstvo trvá na striktním dodržování těchto lhůt a pouze v uvedených případech je možné se od těchto časových limitů odchýlit. Otázka lepší přístupnosti zdravotní péče a regionální solidarity je poté nasnadě, v anglickém systému je princip vzájemné solidárnosti mezi pacienty z různých regionů prosazován razantněji, než je tomu ve zdravotnictví českém a pacientovi je zajištěn lepší a transparentnější přístup ke zdravotní péči.

Zkoumáme-li solidaritu mezi zdravými a nemocnými, je jí v obou systémech dosahováno zejména oddělením financování zdravotní péče od jejího čerpání. Tohoto efektu se dosahuje kumulací peněžních prostředků získaných výběrem zdravotního pojištění nebo daní na speciálních účtech nebo ve zvláštních fondech. Z vybraných peněžních prostředků se posléze hradí určitá část nákladů, spojených s poskytováním zdravotní péče. Část nákladů, která není pokryta z těchto nakumulovaných zdrojů, může být doplácela pacienty ve formě spoluúčasti.¹⁸⁹ Způsob této kumulace na speciálních účtech je v obou zemích stejný, ačkoli se jedná o pojistné a daně či platby národního pojištění, tento rozdíl se v míře solidarity ve vzájemném srovnání obou systémů neprojevuje a solidarita je zajišťována právě oddělením poskytování a čerpání zdravotní péče od jejího financování.

¹⁸⁹ STREITOVÁ, J. Solidarita ve zdravotní péči. [Diplomová práce]. Brno: Masarykova univerzita, 2006.

6.2 Ekvivalence

Jsou-li systémy takto solidárně nastaveny, kdy princip solidarity u vysokopříjmových skupin je v důsledku nezavedení horních hranic příjmů, ze kterých se odvádí pojistné či daně, vytlačen až na hranice její únosnosti, vzniká nutně otázka ekvivalence u skupin obyvatelstva s vysokými příjmy. Ti si kladou nároky na kvalitnější zdravotní péči, než je péče standardně poskytovaná, jež by tak lépe odpovídala výši jejich příspěvků do systémů. Musíme však mít na paměti, že zdraví a celkový zdravotní stav populace je ve veřejném zájmu, proto není možné takto sociálně pojaté systémy přetvořit v tržně orientované a na privátním zdravotním pojištění závislé systémy, kde by byl princip ekvivalence naprosto dominantním faktorem. Takováto transformace s sebou nutně přináší celou řadu rizik, jmenujme například riziko vyloučení sociálně slabých vrstev obyvatel, kteří by si tak nebyli schopni zajistit potřebnou zdravotní péči. Je tedy nutné najít optimální rozložení mezi oběma zmiňovanými principy a určit jejich hranice.

Snahou o prosazení principu ekvivalence do českého systému zdravotnictví bylo otevření trhu se zdravotním pojištěním pro privátní pojišťovny. Toto opatření mělo přinést vznik nových zdravotních pojišťoven, které si měly pojistně zdravotními plány a jejich cenami navzájem konkurovat a přinést tak pacientům diferencovanou zdravotní péči. To se v konečném důsledku nepodařilo a pojišťovny se odlišují jen v mezích velmi malého prostoru v rámci Fondu prevence.¹⁹⁰

Také spoluúčast pacientů, zavedena do obou systémů v minulých letech nepřinesla žádnou změnu v poměru mezi solidaritou a ekvivalencí, na tyto principy působí spíše neutrálně, protože její podíl na celkových rozpočtech zdravotnických systémů je zanedbatelný. Na regulační poplatky je možné nahlížet dvěma způsoby, může jít skutečně o regulační poplatek v pravém slova smyslu, určený k omezení zneužívání či nadužívání zdravotní péče nebo o způsob, jakým lze navýšit financování zdravotnických zařízení soukromými zdroji. Jde tedy o konflikt mezi spoluúčastí pojatou jako regulátor vstupu do systému nebo

¹⁹⁰ KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

jako soukromý výdaj, za který plátce získá dodatečnou hodnotu. Obecně tedy platí, že spoluúčast pacientů není solidárním ani ekvivalentním zdrojem financování a navíc neposiluje pozici pacienta v systému. Funguje jako nástroj redukce spotřeby zdravotní péče, ale prakticky bez ohledu na její potřebu nebo charakter.¹⁹¹ Regulační poplatky v České republice mají regulativní funkci a přináší dodatečné prostředky do rozpočtů zdravotnických zařízení. Přímou však nezvyšují užitek pacienta ze spotřeby zdravotní péče a současně zhoršují pozici ekonomicky slabých vrstev obyvatelstva. V Anglii je spoluúčast pacientů rovněž zdrojem příjmů, pacienti však také spolu s poplatky získávají dodatečnou péči, která není prostřednictvím NHS hrazena. Můžeme tedy říci, že v rámci spoluúčasti v Anglii dochází k posílení pozice pacienta a částečně také principu ekvivalence.¹⁹²

Zatím posledním krokem k posílení principu ekvivalence v České republice je uzákonění nadstandardní péče, jako péče poskytované za úhradu ze soukromých zdrojů pacientů nad rámec péče standardní. Tato možnost má občanům přinést spotřebu zdravotní péče podle objektivních potřeb a v souladu s individuálními preferencemi. Úroveň zdravotní péče před zavedením tohoto reformního kroku je zachována jako standard. Ten je postaven na třech principech, jimiž jsou místní dostupnost péče, časová dostupnost a seznam výkonů s bodovými hodnotami. Ve zdravotnickém systému je dále zakotven princip solidarity a snaha o co nejvyšší dostupnost zdravotní péče. Nadstandardní péče se týká případů, kdy existuje standardní varianta se stejným medicínským výsledkem. Nadstandardní péči si lze představit v oblasti použitých materiálů nebo u některých velmi nákladných robotických operací.¹⁹³ Ze zdravotního pojištění je pak hrazena výše stanovená pro úhradu takové zdravotní péče v základní variantě. Pacient, který se rozhodl pro ekonomicky náročnější variantu, hradí ze soukromých zdrojů rozdíl mezi základní a zvolenou náročnější variantou. Zdravotnické zařízení je povinno pacientovi nabídnout poskytnutí zdravotní

¹⁹¹ KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

¹⁹² tamtéž

¹⁹³ *Pojištění na nadstandardní péči narazilo na nezájem* [online]. Praha: E15.cz, 2013 [vid. 2013-04-29]. Dostupný z: <http://zpravy.e15.cz/domaci/udalosti/pojisteni-na-nadstandardni-peci-narazilo-na-nezajem-968150#utm_medium=selfpromo&utm_source=e15&utm_campaign=copylink>.

péče v základní variantě a informovat ho též o ekonomicky náročnější variantě, včetně rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty a výší úhrady zdravotní péče v základní variantě. Díky povinnosti poskytovatele pacienta informovat, vše mu vysvětlit a probrat s ním postup léčby, jsou pacienti a poskytovatelé v rovnocenném postavení. Pacient by tak již neměl být pouze pasivním účastníkem, který je vláčen zdravotním systémem bez možnosti podílet se na rozhodování o způsobu své léčby. Tento systém je však doprovázen celou řadou problémů, které zamezují jeho efektivnímu fungování. Na novelu zákona, jež zdravotnické nadstandardy zavádí, je podána ústavní stížnost 51 poslanci ČSSD. Ústavní soud však zatím ve věci nerozhodl a problematikou se stále zabývá. Dalším problémem, zmíněným již výše, je přístup samotných lékařů, kteří se zasloužili, spolu s čekáním na rozhodnutí ÚS, o neuskutečnění plánovaného rozšíření seznamu nadstandardních výkonů v letošním roce. Často kritizovaným bodem této reformy je také nedostatečná definice standardu. Rovněž zájem pacientů o nadstandardně poskytovanou péči není nikterak velký a omezuje se především na komfortněji vybavené pokoje ve zdravotnických zařízeních. Reakce soukromých pojišťoven na zavedení tohoto systému na sebe nenechala dlouho čekat, pojišťovny začaly nabízet možnost si tuto nadstandardní péči připojistit. Ani zájem o toto pojištění není ze strany veřejnosti příliš velký, pojišťovny však v tomto druhu pojištění vidí skrytý potenciál, který by se měl začít projevovat, až začne systém fungovat tak, jak by měl.

Britský systém NHS takovouto možnost nadstandardní péče nepřipouští, určitý nadstandard lze však spatřovat v soukromých zdravotnických zařízeních mimo NHS, kde je pacientům zdravotní péče poskytována za přímou úhradu nebo ze soukromého zdravotního pojištění. Největším benefitem těchto zařízení jsou téměř neexistující čekací lhůty na zdravotnické zákroky. Soukromého zdravotního pojištění se účastní zejména obyvatelé z vyšších příjmových skupin a bývá využíváno především ke krytí nehrazené zdravotní péče.¹⁹⁴

¹⁹⁴ *Velká Británie* [online]. Praha: České zdravotnické fórum, 2003 [vid. 2013-04-29]. Dostupný z: <<http://www.czfd.cz/clanek/znz-britanie/>>.

Oba systémy zdravotní péče se tedy vyznačují vysokou mírou solidarity, pokud však zhodnotíme veškeré výše uvedené ukazatele, anglický systém je bezesporu nastaven solidárněji. Shrňme-li dosavadní poznatky, pak je princip solidarity mezi bohatými a chudými prosazován výrazněji v anglickém systému, kdy osoby s nízkými příjmy nemají povinnost do systému odvádět jakékoli finanční prostředky a daň z příjmu je vypočítávána na základě progresivních sazeb. V České republice je tento typ solidarity omezen minimálním vyměřovacím základem, o jehož principu je pojednáno výše. Také z hlediska míry spoluúčasti pacientů je britský systém nastaven prosolidárněji ve srovnání se všeobecným zdravotním pojištěním v České republice. Pacienti v Anglii se na spolufinancování zdravotní péče podílejí v menší míře, než je tomu u pacientů českých. Samotná konstrukce spoluúčasti pacientů pak v anglickém systému znamená prosazení principu ekvivalence, kdy je pacientům za přímou finanční úhradu nebo za úhradu ze soukromého pojištění poskytnuta zdravotní péče, která není hrazena prostřednictvím NHS. O prosazení principu zásluhovosti v rámci českého systému a regulačních poplatků a doplatků hovořit nelze, jde pouze o regulatorní instrumenty a dodatečné zdroje financování systému. Rovněž v rámci čekacích lhůt a tedy i přístupu pacientů ke zdravotní péči, ačkoli je pověst systému jiná, je na tom o poznání lépe systém anglický. Maximální čekací lhůty činí v Anglii nejvýše 18 týdnů, v České republice se na stejný typ zákroku čeká až tři roky. Zatímco nedodržování těchto lhůt je v britském systému tvrdě sankcionováno, v českém systému zatím takovéto sankce neexistují a zdravotnická zařízení nejsou nucena stanovené limity dodržovat. Dokázali jsme, že na míru solidarity nemá vliv, zdali jsou finanční prostředky získávány z daní nebo prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, míra solidarity je ovlivněna pouze samotnou konstrukcí odvodové povinnosti a složením obyvatelstva dané země.

Nadstandardní péče, jako jedna z reformních kroků, které učinilo ministerstvo zdravotnictví v České republice, je krokem k posílení principu ekvivalence v českém systému zdravotnictví. Na základě výše uvedených problémů však zatím nedošlo k naplnění cílů, které měl tento krok přinést a princip zásluhovosti nedosahuje úrovně, které by mohl dosahovat při plně funkčním a využívaném systému nadstandardní péče. V britském systému je pak principu ekvivalence částečně dosaženo spoluúčastí pacientů. Dle dostupných údajů nelze říci, který systém zdravotní péče je ekvivalentnější a který méně, takové zjištění by vyžadovalo podrobnější analýzu údajů o počtu, struktuře,

věkovém složení a ekonomické situaci osob využívajících nadstandardní péči a výši uhrazených finančních prostředků za tuto péči a obdobné údaje v rámci spoluúčasti pacientů. Můžeme tedy jen říci, že princip ekvivalence je v systémech částečně uplatňován a lze se domnívat, že bude docházet k jeho postupnému prosazování.

7. Závěr

Práce se zaměřuje na srovnání systémů zdravotní péče v České republice a v Anglii se zvláštním zřetelem na principy solidarity a ekvivalence, zejména pak zjištění, popsání, analýzu a srovnání způsobů, kterými jsou principy solidarity a ekvivalence v těchto zdravotnických systémech určovány a pomocí jakých nástrojů jsou prosazovány.

Cíle je dosaženo na základě zjištění konkrétního nastavení zdravotnických systémů a za pomoci analýzy a komparace dostupných statistických dat. Lze říci, že jde o silně solidárně založené systémy, kdy se více než polovina obyvatel v obou zemích účastní zdravotní péče, aniž by do systémů finančně přispívala, přičemž anglický systém je, ve srovnání s českým, založen solidárněji, a to zejména díky nestanovení minimálního a maximálního vyměřovacího základu a spoluúčasti pacientů. Ačkoli jsou veřejné zdravotní pojištění v České republice a Národní zdravotní služba v Anglii dva různě pojaté systémy zdravotní péče, jejich nastavení předurčuje mnoho společných prvků. Společným jmenovatelem je např. přístup k financování těchto systémů, třebaže se na první pohled tváří odlišně. Prvkem spojujícím český a anglický systém je také snaha zajistit zdravotní péči pro co nejširší vrstvy obyvatelstva a zabezpečit její přístup i sociálně či příjmově slabším skupinám, které do systému neodvádí žádné příspěvky. Skutečností, kde se oba systémy rozcházejí, je dle mého názoru pozice pacienta ve vztahu k poskytování zdravotní péče. Obě země se snaží zajistit svým pacientům kvalitní a dostupnou péči, v anglickém systému je však díky lokálním úřadům odpovědným za zdravotní péči v dané oblasti pozice pacienta posílena. Pacienti mohou rozhodovat o změnách, složení poskytované zdravotní péče a vznášet své námitky. Rovněž přímý vztah mezi pacientem a lékařem je bezesporu v Anglii odlišný, než je tomu v České republice. Pacientova stížnost na lékaře či poskytovanou zdravotní péči je v co nejkratší době prošetřována inspekcí NHS, která ze svého šetření vyvozuje důsledky. Pozici anglických pacientů posiluje také spoluúčast na financování zdravotní péče, která není z NHS hrazena, ta naopak u českých pacientů při zavedení spoluúčasti posílena nebyla.

Na základě dostupných dat nebylo možné určit, ve kterém systému je více zastoupen princip ekvivalence, bylo možné pouze určit, že je, na základě nadstandardní péče v České republice a v britském systému pak spoluúčasti pacientů, částečně prosazován. Lze tedy

řící, že princip solidarity je jednoznačně principem, který v systémech zdravotní péče ve srovnávaných zemích vévodí, ačkoli je v současné době značně napadán a kritizován. Musíme však brát na zřetel, že zdraví lidu je skutečně veřejným zájmem a být nemocný a neobdržet alespoň základní zdravotní péči vede ke strádání obyvatelstva, což má v konečném důsledku následky v ekonomické stagnaci a následných ekonomických potížích. Princip vzájemné odpovědnosti je v evropských systémech hluboce zakořeněn a lze si jen stěží představit významné změny v nastavení zdravotní politiky každé jedné země.

Vysoká míra sociální solidarity ve zdravotnických systémech s sebou však přináší určité problémy, jmenujme např. plýtvání zdroji, nízkou míru inovací či nedostatečnou motivaci pacientů k péči o vlastní zdraví¹⁹⁵, proto se domnívám, že k zachování funkčnosti systémů je nutné posílit odpovědnost pacientů za své zdraví, a to alespoň při zachování současné kvalitativní úrovně zdravotní péče. Je třeba snížit či dokonce odstranit neefektivní plýtvání zdravotními službami a zamyslet se nad efektivním využíváním zdrojů financování, které se zejména díky stárnutí populace a snižování osob v produktivním věku neustále ztenčují. Potenciál ke zvýšení odpovědnosti pacientů a posílení principu ekvivalence spatřuji v dalším budování systému nadstandardní péče. Ačkoli je nadstandard napadán zejména ze sociálního hlediska, tento způsob podle mého názoru nenabourává dosavadně zaběhlý systém standardní péče, která zůstane pacientům nadále zajištěna z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pokud by měly být nadstandardní výkony prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění dostupné pro veškeré obyvatelstvo, lze se domnívat, že současný způsob financování nebude postačující a nastala by nutnost navýšit pojistného veřejného zdravotního pojištění u zaměstnanců a OSVČ nebo na straně státu, v takovém případě by pak vznikla otázka, proč systém nefinancovat z obecných daní, jako je tomu u systému britského. Jakékoli navýšení pojistného je dle mého názoru nereálné a proto lze v umožnění financování nadstandardní péče alespoň ze soukromých zdrojů pacientů vidět určité řešení. Přístup sociálně slabších vrstev obyvatel, kteří si případně nadstandardní péči

¹⁹⁵ KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

nemohou dovolit financovat ze svých prostředků, pak lze vidět v peněžních úvěrech, kdy je umožněno postupné splácení a finanční zátěž je tak rozložena do delšího časového období.

Přínosem této práce je umožnění nahlédnout do fungování a struktury zdravotnických systémů dvou odlišných zemí, do způsobů financování zdravotní péče a na mechanismy, prostřednictvím kterých je v systémech zajišťována vzájemná spolupráce mezi občany nebo naopak individualistický přístup na základě zásluhovosti.

Lze se jen domnívat, jakým směrem se systémy zdravotní péče budou ubírat dál, zdali bude v českém systému umožněno prosazení principu ekvivalence prostřednictvím nadstandardní péče nebo bude zapovězeno ústavním soudem a také, jak změny ovlivní postoj občanů ke svému vlastnímu zdraví a do jaké míry budou změny pro občany únosné.

Seznam použité literatury

- Am I entitled to a free NHS eye test?* [online]. UK: NHS choices, 2012 [vid. 2012-04-18]. Dostupný z: <<http://www.nhs.uk/chq/Pages/895.aspx?CategoryID=68&SubCategoryID=157>>.
- Am I entitled to an NHS optical voucher?* [online]. UK: NHS choices, 2012 [vid. 2012-04-18]. Dostupný z: <<http://www.nhs.uk/chq/Pages/am-i-entitled-to-an-nhs-optical-voucher.aspx?CategoryID=68&SubCategoryID=157>>.
- Anglické zdravotnictví* [online]. Praha: iDNES.cz, 2012 [vid. 2013-04-08]. Dostupný z: <<http://huntley.blog.idnes.cz/c/303417/Anglicke-zdravotnictvi.html>>.
- BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
- CAMUS, A. *Člověk revoltující*. 1. vyd. Praha: Garamond, 2007. ISBN 978-80-86955-55-1.
- COMTE-SPONVILLE, A. *Malá rozprava o velkých cnostiach*. 1. vyd. Bratislava: Sofa, 1999. ISBN 80-8575-260-3.
- ČELEDOVÁ, L. ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3213-8.
- DURDISOVÁ, J. LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2001. ISBN 80-245-0217-8.
- EIM, J. *Vývoj zdravotního systému v ČR* [Diplomová práce]. Brno: Právnická fakulta Masarykovy univerzity, 2008.
- Ekonomické informace ze zdravotnictví 2011* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012 [vid. 2013-02-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>>.
- FEE, E., T. M. BROWN. *The Public Health Act of 1848* [online] 2005, [vid. 2013-04-08]. Dostupný z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626469/pdf/16302044.pdf>>.
- GLADKIJ I. A kol. *Management zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

Guide to waiting times [online]. London: NHS choices, 2012 [vid. 2013-04-26]. Dostupný z: <<http://www.nhs.uk/choiceinthenhs/rightsandpledges/waitingtimes/pages/guide%20to%20waiting%20times.aspx>>.

Help with health costs [online]. UK: NHS choices, 2013 [vid. 2012-04-18]. Dostupný z: <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx>>.

Historical development of personal health services and of public health [online]. London: HealthKnowledge, 2009 [vid. 2013-04-08]. Dostupný z: <<http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/organisation-management/5d-theory-process-strategy-development/historical-development-personal-hsph>>.

HOLČÍK, J. *Úvod do studia zdravotního stavu populace*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 1996. ISBN 80-210-1291-9.

HUNTLEY, L. *Anglické zdravotnictví* [online]. Velká Británie, 2012 [vid. 2012-04-18]. Dostupný z: <<http://huntley.blog.idnes.cz/c/303417/Anglicke-zdravotnictvi.html>>.

CHURCHIL, C. *Protecting the poor – A microinsurance compendium*. 1. ed. Geneva: ILO, 2006. ISBN 978-92-2-119254-1.

Income Tax rates and allowances [online]. London: HMRC - GOV, 2013 [vid. 2013-04-10]. Dostupný z: <<http://www.hmrc.gov.uk/rates/it.htm>>.

JANÁK, D. *K historickým kořenům sociálního podnikání* [online]. 2010, [vid. 2013-04-08]. Dostupný z: <socio.vsp.cz/.../Janak-K-historickym-korenem-socialniho-podnikani..>.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

KŇOURKOVÁ, P. *Úloha státu ve zdravotnických systémech vybraných zemí* [Diplomová práce]. Brno: Masarikova univerzita – Ekonomicko-správní fakulta, 2009.

KELLOGG, V. S. The national health system of great britain - part I., [online]. *Health Systems Review*, 1995. [vid. 2013-04-08]. Little Rock. Federation of American Health Systems, č. 28(1), s. 40. ISSN 10557466. Dostupné z: <<http://search.proquest.com/docview/218575305?accountid=17116>>.

KONEČNÁ, J. *Financování zdravotní péče v České republice s ukázkou modelů financování zdravotní péče ve vybraných zemích a judikaturou z této oblasti* [Rigorózní práce]. Brno: Masarykova univerzita – Právnická fakulta, 2010.

KOVÁŘ, M., J. SOUKUP, S. TUMIS. *Vznik a vývoj britského sociálního státu ve 40.-60. letech 20. století* [online] 2006, [vid. 2013-04-08]. Dostupný z: <<http://usd.ff.cuni.cz/system/files/225285%20Kov%C3%A1%C5%99,%20Soukup,%20Tumis-%20Vznik%20a%20v%C3%BDvoj%202006.pdf>>.

KREBS, V. aj. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.

KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, 1. vyd. Praha: Eva Křížová, 1998. ISBN 80-2380-937-7.

LI, S. *Health Care Financing Policies of Canada, the United Kingdom and Taiwan* [online]. Hong Kong: Research and Library Services Division, 2006 [vid. 2012-04-09]. Dostupný z: <<http://www.legco.gov.hk/yr06-07/english/sec/library/0607rp02-e.pdf>>.

Lidé musí čekat na operace déle, než vyhláška povoluje. Někdy i tři roky [online]. Praha: Idnes.cz, 2013 [vid. 2013-04-26]. Dostupný z: <http://zpravy.idnes.cz/cekaci-doba-na-operace-v-cr-090-/domaci.aspx?c=A13_0120_200345_domaci_ert>.

MACH, J. *Lékař a právo*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.

MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

MACH, J. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 1. vyd. Praha: Lexis Nexis CZ, 2005. ISBN 978-80-8619-950-4.

Malá poptávka po nadstandardech [online]. Praha: ČTK, 2013 [vid. 2013-04-25]. Dostupný z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mala-poptavka-po-nadstandardech-469507>>.

Malá poptávka po nadstandardech [online]. Praha: ČTK, 2013 [vid. 2012-04-25]. Dostupný z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mala-poptavka-po-nadstandardech-469507>>.

Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. [online]. Praha: PVS, 2012 [vid. 2013-04-25]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=78241&recShow=4&nr=307~2F2012&rpp=100#parCnt>>.

National Insurance - How much National Insurance you pay [online]. London: GOV, 2013 [vid. 2013-04-10]. Dostupný z: <<https://www.gov.uk/national-insurance/how-much-national-insurance-you-pay>>.

National Insurance - How much National Insurance you pay [online]. London: GOV, 2013 [vid. 2012-04-10]. Dostupný z: <<https://www.gov.uk/national-insurance/how-much-national-insurance-you-pay>>.

National Insurance - Overview [online]. London: GOV, 2013 [vid. 2012-04-10]. Dostupný z: <<https://www.gov.uk/national-insurance/overview>>.

NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-2628-9.

NHS Constitution – Interactive version [online]. England: NHS, 2012 [vid. 2012-04-14]. Dostupný z: <<http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/nhs-constitution-interactive-version-march-2012.pdf>>.

NOVOTNÁ, M. *Lékařství na Moravě v pobělohorském období*. [Diplomová práce]. Brno: Masarykova univerzita, 2007.

Office for National Statistics [online]. UK: ONS-GOV, 2013 [vid. 2013-04-28]. Dostupné z: <<http://www.ons.gov.uk/ons/index.html>>.

Pojištění na nadstandardní péči narazilo na nezájem [online]. Praha: E15.cz, 2013 [vid. 2013-04-29]. Dostupný z: <http://zpravy.e15.cz/domaci/udalosti/pojisteni-na-nadstandardni-peci-narazilo-na-nezajem968150#utm_medium=selfpromo&utm_source=e15&utm_campaign=copylink>.

Regional Labour Market: HI00 - Headline LFS Indicators for All Regions [online]. UK: ONS-GOV, 2013 [vid. 2013-04-28]. Dostupné z: <<http://www.ons.gov.uk/ons/taxonomy/index.html?nscl=Labour+Market#tab-data-tables>>.

Results for Knee replacement [online]. London: NHS choices, 2013 [vid. 2013-04-26]. Dostupný z: <<http://www.nhs.uk/Service-Search/Hospital/LocationSearch/7/Procedures?procedure=Knee%20replacement>>.

ROKOS, P. *Hodnocení úhradového mechanismu poskytovatelů zdravotnické péče* [Diplomová práce]. Praha: Vysoká škola ekonomická – Fakulta managementu, 2007.

Spoluúčast pacientů [online]. Praha: TOP09 [vid. 2012-04-21]. Dostupný z: <<http://www.top09.cz/proc-nas-volit/politika/zdravotnictvi/spoluucast-pacientu-6606.html>>.

STREITOVÁ, J. *Solidarita ve zdravotní péči*. [Diplomová práce]. Brno: Masarykova univerzita, 2006.

The British Health and Welfare System [online]. Poland: British Council, 2003 [vid. 2012-04-12]. Dostupný z: <<http://www.fhv.umb.sk/app/cmsFile.php?disposition=a&ID=3140>>.

The NHS Constitution – The NHS belongs to us all [online]. UK: NHS choices, 2012. Dostupný z: <<http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Pages/Overview.aspx>>.

The NHS Constitution – Your rights to choose in NHS [online]. UK: NHS choices, 2012. Dostupný z: <<http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Pages/Yourrightstochoice.aspx>>.

Totální endoprotéza kolene [online]. Praha: Čekací doby.cz, 2013 [vid. 2013-04-26]. Dostupný z: <<http://www.cekacidoby.cz/index.php?p=cekaci-doby&kraj=0&zakrok=13>>.

Velká Británie [online]. Praha: České zdravotnické fórum, 2003 [vid. 2013-04-29]. Dostupný z: <<http://www.czf.cz/clanek/znz-britanie/>>.

Velká Británie: Finanční a daňový sektor [online]. Praha: Businessinfo.cz, 2012 [vid. 2012-04-10]. Dostupný z: <<http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/velka-britanie-financi-a-danovy-sektor-19074.html>>.

VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

What is included in each NHS dental band charge? [online]. UK: NHS choices, 2013 [vid. 2012-04-18]. Dostupný z: <<http://www.nhs.uk/chq/Pages/nhs-dental-band-charges.aspx>>.

When do I have to pay for NHS treatment? [online]. UK: NHS choices, 2013 [vid. 2012-04-18]. Dostupný z: <<http://www.nhs.uk/chq/Pages/888.aspx?CategoryID=68&SubCategoryID=154>>.

Who is entitled to free NHS dental treatment in England? [online]. UK: NHS choices, 2012 [vid. 2012-04-18]. Dostupný z: <<http://www.nhs.uk/chq/Pages/1786.aspx?CategoryID=74&SubCategoryID=742>>.

World Health Statistics 2012 [online]. France: WHO, 2012 [vid. 2013-04-21]. Dostupný z: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf>.

World Health Statistics 2012 [online]. France: WHO, 2012 [vid. 2012-04-21]. Dostupný z: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf>.

Základní principy systému zdravotní péče a přehled [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011 [vid. 2013-02-07]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz/prevence/czech/czech.html>>.

Zákon 592/1992 Sb. pojistném na všeobecné zdravotní pojištění [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1992 [cit 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=592~2F1992&rpp=15#seznam>>.

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1997 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=48~2F1997&rpp=15#seznam>>.

ZAVÁZALOVÁ, H. aj. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0467-1.

ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1992. ISBN 978-80-7066-705-7.

Zdravotní pojištění [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013 [vid. 2013-01-17]. Dostupný z: <http://www.mzcr.cz/legislativa/obsah/organizace-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojisteni_1791_11.html>.

Změny v platbě zdravotního pojištění od 1. ledna 2013 [online]. Praha: VZP, 2013 [vid. 2012-04-20]. Dostupný z: <<http://www.vzp.cz/platci/aktuality/zmeny-v-platbe-zdravotniho-pojisteni-od-1-ledna-2013>>.